



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

Vol. 81-82/2003

Colecția
BIBLIOTECA ECONOMICĂ

Seria
***Probleme
economice***

**PRESTAȚIILE SOCIALE
ÎN ȚĂRILE MEMBRE
ALE UNIUNII
EUROPENE
ȘI ÎN ROMÂNIA**

Maria POENARU (coord.), Constantin GRIGORESCU,
Maria MOLNAR, Constanța PETCU

ISBN 973-7940-26-1



Centrul de Informare și Documentare Economică



ACADEMIA ROMÂNĂ
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE
INSTITUTUL DE ECONOMIE NAȚIONALĂ

PRESTAȚIILE SOCIALE ÎN ȚĂRILE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE ȘI ÎN ROMÂNIA



Centrul de Informare și Documentare Economică
București, 2003

Volumul de față prezintă tema
“Prestațiile sociale în țările membre ale Uniunii Europene și în România”
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 și fundamentarea restructurării economiei României în contextul
tranziției spre o nouă Europă**”.

Contract nr. 155/2001

AUTORI: dr. Maria POENARU (coord.)
dr. Constantin GRIGORESCU
dr. Maria MOLNAR
drd. Constanța PETCU

Editat de CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ
REDACTOR-ȘEF - VALERIU IOAN FRANȚ
SECRETAR GENERAL DE REDACȚIE - AIDA SARCHIZIAN

REDACTOR: ANCA CODIRLĂ
MACHETARE ȘI TEHNOREDACTARE: MIHAELA PINTICĂ
CIDE/PROBLEME: Pro_poenaru.doc (81-82)

Redacția și administrația: București, Calea 13 Septembrie nr. 13, sectorul 5,
cod poștal 76 117, telefon: 0040-1-411 60 75, telefax: 0040-1-411 54 86
Adresa poștală: București 5, căsuța poștală 5 - 72

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

Volumele seriei pot fi identificate și 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 - 7940 - 26 - 1

CUPRINS

Cuvânt înainte	5
Capitolul 1	
PRESTAȚIILE SOCIALE. CARACTERIZARE GENERALĂ	7
1.1. Cadrul analizei	7
1.2. Precizări conceptuale	8
1.3. Volumul și structura prestațiilor sociale în țările membre ale Uniunii Europene	10
Referințe bibliografice	15
Capitolul 2	
PRESTAȚIILE PRIVIND Pensiile.....	17
2.1. În Uniunea Europeană	17
2.1.1. O mare cucerire socială	17
2.1.2. Prestațiile din pensii și menținerea în limite raționale a nivelului de trai	18
2.1.2.1. Regimurile publice de pensii.....	18
2.1.2.2. Fondurile private de pensii ocupaționale și individuale	22
2.1.3. Prevenirea sărăciei și a excluderii sociale.....	25
2.1.3.1. Prestațiile minime reglementate prin regimurile publice de pensii contributive	25
2.1.3.2. Prestații necontributive pentru persoanele vârstnice.....	26
2.2. Prestațiile privind pensiile în România	28
Bibliografie.....	30
Capitolul 3	
PRESTAȚIILE ÎN DOMENIUL ÎNGRIJIRII SĂNĂTĂȚII	31
3.1. Sfera de cuprindere.....	31
3.2. Cheltuielile cu prestațiile de sănătate	31
3.2.1. Ponderea în PIB.....	32
3.2.2. Volumul prestațiilor de sănătate pe locuitor	33
3.2.3. Prestațiile în natură/serviciile de sănătate	35
3.2.4. Structura serviciilor de sănătate, pe principalele utilizări.....	37

3.3. Elemente definitorii ale prestațiilor de sănătate, pe țări.....	39
3.3.1. Principii de bază.....	39
3.3.2. Beneficiari de servicii medicale	40
3.3.3. Prestații medicale.....	43
Referințe bibliografice	55

Capitolul 4

PRESTAȚIILE SOCIALE ÎN SISTEMELE DE PROTECȚIE A ȘOMERILOR	57
4.1. Forme ale prestațiilor de șomaj	57
4.2. Condiții de eligibilitate	58
4.3. Nivelul și durata prestațiilor	59
4.4. Prestațiile de șomaj în țările membre UE.....	60
4.4.1. Austria.....	60
4.4.2. Belgia	61
4.4.3. Danemarca.....	62
4.4.4. Finlanda	63
4.4.5. Franța.....	64
4.4.6. Germania	65
4.4.7. Grecia	66
4.4.8. Irlanda	67
4.4.9. Italia	68
4.4.10. Luxemburg	70
4.4.11. Marea Britanie.....	70
4.4.12. Olanda	72
4.4.13. Portugalia.....	73
4.4.14. Spania.....	74
4.4.15. Suedia.....	75
4.5. Prestațiile de șomaj în România	76
Referințe bibliografice	78

Capitolul 5

PRESTAȚIILE SOCIALE ORIENTATE SPRE COMBATEREA SĂRĂCIEI.....	80
5.1. Venitul minim garantat.....	80
5.2. Prestații asociate venitului minim garantat	92
5.3. Prestații minime categoriale și ajutoare speciale	93
5.4. Volumul prestațiilor.....	96
5.5. Impactul prestațiilor sociale asupra incidenței sărăciei.....	102
Referințe bibliografice	103

Cuvânt înainte

Volumul de față cuprinde studiile elaborate pentru faza a IV-a (luna mai a.c.) a proiectului P 2/6 “Fundamente economice ale protecției sociale în România în contextul integrării europene”, parte componentă a programului de cercetare CERES - 1.

Grupate sub titlul: ***Prestațiile sociale în țările membre ale Uniunii Europene și în România*** aceste studii le completează pe alte trei, efectuate în fazele anterioare ale proiectului, care au vizat următoarele subteme:

- faza I-a: ***Dimensiunea socială a Uniunii Europene;***
- faza a II-a: ***Evoluții recente și preocupări de modernizare a sistemelor de protecție socială în țările UE și în România;***
- faza a III-a: ***Finanțarea protecției sociale în țările UE și în România.***

Ca și în fazele anterioare, cercetarea a fost axată pe problematica specifică unor segmente importante ale protecției sociale: sistemele de pensii; sistemele de sănătate; protecția șomerilor; sărăcia și excluziunea socială.

Maria Poenaru

Capitolul 1

PRESTAȚIILE SOCIALE. CARACTERIZARE GENERALĂ

Maria POENARU

1.1. Cadrul analizei

Problematica prestațiilor sociale este deosebit de complexă, fiind de mai multă vreme subiect de dispută între specialiști. Deosebirile dintre diferitele puncte de vedere derivă, în principal, din poziția și rolul pe care îl au prestațiile sociale în alocarea și utilizarea resurselor la nivel microeconomic și la nivel macroeconomic, precum și din impactul pe care întregul mecanism implicat de funcționarea sistemului prestațiilor sociale îl are asupra diferitelor segmente ale sistemului economico-social. Privite din perspective diferite, prestațiile sociale constituie o zonă de intersecție a unor “presiuni” exercitate din mai multe direcții.

În primul rând, presiunea derivată din funcția principală a prestațiilor sociale, aceea de protecție a populației sau a unor categorii specificate ale acesteia în fața unor riscuri sociale reprezintă chiar rațiunea de a fi a întregului sistem. Scăderea gradului de protecție - ca urmare fie a reducerii nivelului prestațiilor în raport cu standardele convenite sau considerate normale, fie a restrângerii gradului de acoperire prin modificarea condițiilor de eligibilitate - duce la pierderi de resurse de existență ale diferitelor categorii sociale, la dezechilibre în plan social și, de aici, presiuni din partea “socialului”.

În al doilea rând, menționăm presiunea derivată din cerințele și standardele asigurării echilibrului la nivel macroeconomic. Este cunoscut faptul că aceste cheltuieli de protecție socială constituie o parte importantă a cheltuielilor bugetului public național, cu o pondere diferită de la o țară la alta, reprezentând în cele mai multe țări europene aproximativ jumătate din cheltuielile publice sau un sfert și chiar o treime din produsul intern brut, în alte țări. Evoluția lor, de regulă, în sensul creșterii - ca o consecință a procesului de îmbătrânire demografică, a creșterii șomajului, a scumpirii actului medical etc., în general a multiplicării și persistenței riscurilor sociale - pune probleme privind menținerea echilibrului bugetului fiecărei scheme în parte și a echilibrului bugetului public național. Menținerea acestor echilibre poate fi realizată acționând fie în direcția restricționării cheltuielilor ceea ce înseamnă o “înghețare” a nivelului prestațiilor creând nemulțumiri unor categorii largi de populație, fie din direcția creșterii resurselor care poate duce la creșterea deficitului bugetar (în condițiile în care se apelează la împrumuturi) sau la creșterea contribuțiilor sociale sau a impozitelor și taxelor, după caz, plătite de firme și de persoanele care lucrează.

În al treilea rând, presiunile vin din partea sectorului productiv, firme și salariați, care duc povara “costului social al muncii”, considerat că afectează competitivitatea firmelor și veniturile reale ale salariaților, dar și funcționarea pieței muncii.

În cele ce urmează vor fi abordate principalele aspecte care pun în evidență funcția de protecție a prestațiilor sociale din statele membre ale UE și din România. În acest scop, studiul are următoarele obiective:

- oferă un tablou de ansamblu asupra volumului total al prestațiilor sociale și pe principalele categorii de riscuri sociale, cu ajutorul unor analize comparative pentru statele membre ale UE și, acolo unde datele disponibile o permit, și pentru România.
- aprofundează analiza în cazul celor mai importante categorii de prestații sociale (pensiile, serviciile de sănătate, prestații de șomaj) în scopul evidențierii măsurii în care acestea își îndeplinesc funcția de protecție în diferite țări și în România; de asemenea, descifrează sensul sau semnificația reformelor din diferite segmente ale protecției sociale, cu influență directă sau indirectă asupra gradului de protecție socială.

1.2. Precizări conceptuale

Prestațiile sociale constituie o componentă importantă a veniturilor populației. În această categorie este cuprinsă o gamă largă de venituri (în bani sau în natură) rezultate în urma procesului de redistribuire și sunt furnizate în cadrul unor scheme cu caracteristici specifice fiecărei țări. Cele mai importante categorii de prestații sunt:

- pensiile care, la rândul lor, pot fi de mai multe tipuri, atât asociate riscului (bătrânețe/vârstă înaintată; incapacitate de muncă din cauza fie a bolii sau a accidentului, fie a decesului unui membru al familiei/urmași), fie schemelor în cadrul cărora sunt furnizate: create pentru categorii profesionale (de exemplu, pentru salariați, pentru agricultori etc.), cât și ținând seama de cele două criterii luate împreună sau de altele - în funcție de caracteristicile constructive ale sistemului din fiecare țară;
- serviciile de sănătate asociate riscului de îmbolnăvire a populației sunt prestații în natură. Tot asociate riscului de îmbolnăvire sunt și unele prestații în bani acordate în perioadele de întrerupere a activității profesionale ca urmare a pierderii temporare a capacității de muncă din cauza bolii sau a maternității (concedii medicale);
- alocațiile de șomaj, asociate riscului de șomaj; ele sunt în general sub formă de venituri în bani cu menirea de a proteja salariații în cazul apariției riscului de pierdere a locului de muncă; de asemenea, sub forma unor servicii, în general de reconversie profesională, pentru integrare pe piața muncii;
- alocații familiale care constau în ajutoare în bani sau în natură acordate în legătură cu susținerea cheltuielilor legate de creșterea copiilor;

- ajutoare pentru cei mai săraci membri ai societății care constau în prestații în bani sau în natură orientate spre categorii de populație sărace (fără sau cu puține resurse de existență) și/sau spre acoperirea unor nevoi punctuale, pentru care anumite grupuri de populație nu dispun de resursele necesare.

Această clasificare pune în evidență categoriile mari și importante de prestații sociale. Fiecare țară are un sistem propriu de protecție socială cu o gamă variată de prestații. Ele diferă din punctul de vedere al:

- formelor pe care le îmbracă (în bani sau în natură);
- gradului de acoperire (beneficiari);
- nivelului de protecție socială (mărimea prestațiilor judecată în raport cu mărimea altor venituri sau cu valoarea unui coș de consum decent sau minim). De asemenea, o sursă importantă de diferențiere o constituie tipul de schemă prin care sunt furnizate prestațiile, respectiv principiul de construcție al schemei respective, care oferă indicații asupra sursei de finanțare și, indirect, asupra acoperirii/eligibilității și asupra mărimii prestațiilor: asigurare socială (finanțare din contribuții) sau finanțare din resursele generale ale bugetului public (impozite și taxe).

Pentru rațiuni de comparații între statele membre ale UE în ceea ce privește protecția socială a fost elaborat un sistem statistic integrat de protecție socială după o metodologie¹, conform căreia, prestațiile sociale sunt grupate pe “funcții” adică după rolul pe care fiecare tip de prestație îl are în atenuarea diferitelor riscuri sociale sau în acoperirea unor nevoi sociale. Această grupare are avantajul că oferă imaginea de ansamblu asupra fluxurilor financiare antrenate de protecția socială din fiecare țară și permite analiza și compararea acestora.

Prestațiile sociale constau din transferuri, în bani sau în natură, către gospodării sau către indivizi, efectuate prin scheme de protecție socială cu scopul de a-i proteja în cazul apariției unor riscuri sau nevoi sociale. menționate în continuare. Conform Manualului ESSPROS 1996, lista riscurilor sau a nevoilor care constituie subiect de protecție socială este stabilită prin convenție. Lista cuprinde opt riscuri și anume:

1. boală/îngrijire a sănătății;
2. infirmitate sau deficiență (*disability*);
3. bătrânețe;
4. urmași;
5. familie/copii;
6. șomaj;
7. locuință;
8. excludere socială necuprinsă în altă parte.

¹ Aceasta este cunoscută sub denumirea “ESSPROS 1996”. ESSPROS este denumirea prescurtată a Sistemului european de statistică integrată privind protecția socială (European System of integrated Social PROtection Statistics) conform manualului elaborat în 1996.

Riscuri/funcții	Scurtă descriere
1. Boală/îngrijire a sănătății	Venituri de înlocuire și ajutoare în bani care se acordă în caz de îmbolnăvire fizică sau mentală, exclusiv în caz de infirmitate (care fac obiectul unor scheme distincte). Serviciile de îngrijire a sănătății au ca finalitate menținerea, refacerea sau îmbunătățirea sănătății oamenilor protejați indiferent de cauza bolii.
2. Infirmitate/deficiențe (<i>disability</i>)	Venituri de înlocuire și ajutoare în bani sau în natură (cu excepția celor de îngrijire a sănătății) pentru cei cu infirmități sau cu deficiențe fizice sau mentale, incapabili să se angajeze în activități economice sau sociale.
3. Bătrânețe	Venituri de înlocuire și ajutoare în bani sau în natură (cu excepția celor de îngrijire a sănătății) în conexiune cu vârsta înaintată.
4. Urmași	Venituri de înlocuire și ajutoare în bani sau în natură în conexiune cu decesul unui membru al familiei.
5. Familie/copii	Ajutoare în bani sau în natură (cu excepția celor de îngrijire a sănătății) în conexiune cu costurile pe care le implică sarcina, nașterea copiilor și adopția, creșterea copiilor și îngrijirea altor membri ai familiei.
6. Șomaj	Venituri de înlocuire și ajutoare în bani sau în natură în conexiune cu șomajul.
7. Locuința	Ajutoare acordate pentru susținerea costului locuinței.
8. Excludere socială neclasificată în altă parte (n.a.p.)	Prestații în bani sau în natură (cu excepția îngrijirii sănătății) orientate în mod special spre combaterea excluderii sociale, care nu sunt furnizate în cadrul altor scheme.

1.3. Volumul și structura prestațiilor sociale în țările membre ale Uniunii Europene

Datele utilizate pentru a exprima volumul prestațiilor sociale în statele membre ale Uniunii Europene se referă la acea parte - din totalul cheltuielilor - care ajunge la beneficiari, sub formă de venituri în bani sau sub formă de servicii.

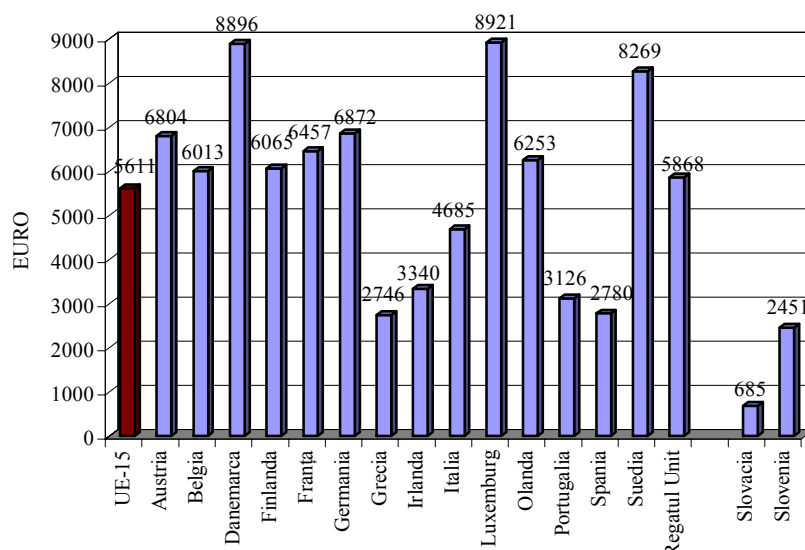
Pe ansamblul Uniunii Europene, în anul 1999 ponderea cheltuielilor cu prestațiile sociale în totalul cheltuielilor de protecție socială a fost de 95,9%, diferența de 4,1% reprezentând, pe de o parte, cheltuieli de administrare (3,3%), iar pe de altă parte, alte cheltuieli (0,8%). În continuare, analiza va fi axată pe cheltuielile care se referă la prestații, respectiv acele cheltuieli care sunt asociate riscurilor protejate și ajung la beneficiari sub formă de: pensii, servicii de îngrijire medicală și alocații pentru concedii medicale, ajutoare de șomaj etc.

Volumul total al prestațiilor sociale, calculate în medie pe un locuitor, pentru ansamblul statelor membre ale UE s-a ridicat în 1999 la 5611 euro. Diferențele pe țări sunt substanțiale, fiind determinate în principal de mărimea produsului intern brut ce revine în medie pe un locuitor, precum și de orientările tradiționale ale politicilor sociale promovate în fiecare țară. Astfel, indicatorul privind totalul prestațiilor sociale pe locuitor a înregistrat, în anul 1999, valorile cele mai înalte în Luxemburg, țară urmată la distanță de Danemarca, Germania, Austria, Suedia, iar cele mai scăzute în Grecia, Spania și Irlanda.

Graficul 1.1

Volumul prestațiilor sociale în anul 1999)

- euro/locuitor -



Diferențele în ceea ce privește volumul prestațiilor sociale pe grupe de riscuri cumulează, pe de o parte, influența puternică exercitată de gradul de dezvoltare economică și de factori demoeconomi (structura demografică, mărimea șomajului etc.) din fiecare țară și pe de altă parte, de efectul politicilor promovate în cadrul fiecărui segment al sistemului de protecție socială).

Tabelul nr. 1.1

Volumul prestațiilor sociale, pe grupe de riscuri, în anul 1999

- euro/locuitor -

	TOTAL	Din care, pentru:							
		Îngrijire medicală/boală	Infirmitate	Bătrânețe	Urmași	Familie/copii	Șomaj	Locuință	Excludere n.a.p.
UE-15	5611	1498	461	2302	281	475	384	120	91
Austria	6804	1813	594	2547	675	701	365	23	85
Belgia	6013	1472	549	1961	624	545	727	...	135
Danemarca	8896	1742	1077	3380	4	1158	992	216	326
Finlanda	6065	1393	861	1887	242	776	683	96	126
Franța	6457	1819	378	2464	387	635	477	205	93
Germania	6872	1924	538	1781	122	719	605	44	136
Grecia	2746	677	174	1172	250	209	157	84	53
Irlanda	3340	1344	168	642	199	433	372	114	68
Italia	4685	1111	293	2477	522	172	102	2	6
Luxemburg	8921	2243	1278	3403	289	1382	225	23	76

	TOTAL	Din care, pentru:							
		Îngrijire medicală/boală	Infirmitate	Bătrânețe	Urmași	Familie/copii	Șomaj	Locuință	Excludere n.a.p.
Olanda	6253	1808	736	2263	333	267	385	100	361
Portugalia	2136	716	258	779	154	111	80	...	37
Spania	2780	810	218	1166	119	58	358	33	19
Suedia	8269	2090	965	3082	186	871	671	192	212
Regatul Unit	5868	1455	588	2476	227	519	190	358	55
Slovacia	685	227	52	237	13	76	39	0	42
Slovenia	2451	753	217	1063	49	213	115	...	4

Sursa: calcule după Eurostat, European Social Statistics. Social Expenditure and receipts 1980-1999, Ediția 2001, p. 57 și 291; 74-81.

În anul 1999, pe ansamblul statelor membre ale UE, prestațiile cu pensiile de bătrânețe și de urmași, luate împreună, dețineau ponderea cea mai importantă: 46% din totalul cheltuielilor cu prestațiile sociale și 12,1% din PIB. Italia este țara în care prestațiile din categoria pensiilor a înregistrat ponderea cea mai mare, 64,1% în total prestații și 15,6% în PIB. Una din cauzele care a dus la acest rezultat este ponderea ridicată a populației vârstnice (populația în vârstă de 65 de ani și peste deține o pondere de peste 17% comparativ cu media UE care este de aproximativ 16%). La polul opus se află Irlanda cu o pondere a prestațiilor din categoria pensiilor de 25,1% în total prestații și de sub 3% din PIB.

Tabelul nr. 1.2

**Volumul și structura prestațiilor sociale,
pe categorii de risc, în anul 1999**

- % -

	Euro/ locuitor	Din care, pentru:				
		Pensii de bătrânețe + de urmași	Îngrijirea sănătății/boală + infirmitate	Familie/copii	Șomaj	Locuință + excludere socială n.a.p.
UE-15	5611	46,0	34,9	8,5	6,8	3,7
Austria	6804	47,3	35,3	10,3	5,4	1,5
Belgia	6013	43,0	33,6	9,1	12,1	2,2
Danemarca	8896	38,0	31,7	13,0	11,2	6,1
Finlanda	6015	35,1	37,2	12,8	11,3	3,7
Franta	6457	44,2	34,1	9,8	7,4	4,6
Germania	6872	42,1	36,0	10,5	8,8	2,6
Grecia	2746	50,7	30,9	7,6	5,7	5,0
Irlanda	3340	25,1	45,3	13,0	11,1	5,4
Italia	4685	64,1	30,0	3,7	2,2	0,1
Luxemburg	8921	41,3	39,4	15,5	2,5	1,2
Olanda	6253	41,5	36,7	4,3	6,2	7,4
Portugalia	3126	43,8	45,6	5,2	3,7	1,7
Spania	2780	46,2	36,9	2,1	12,9	1,9

	Euro/ locuitor	Din care, pentru:				
		Pensii de bătrânețe + de urmași	Îngrijirea sănătății/ boală + infirmitate	Familie/ copii	Șomaj	Locuință + excludere socială n.a.p.
Suedia	8269	39,6	37,0	10,5	8,1	4,9
Regatul Unit	5868	46,1	34,8	8,8	3,2	7,0
Slovacia	685	36,6	40,6	11,1	5,7	6,1
Slovenia	2451	45,4	39,5	8,7	4,7	1,6

Sursa: calcule după Eurostat, European Social Statistics. Social Expenditure and receipts 1980-1999, Ediția 2001, p. 57 și 291; 74 -81.

Prestațiile din grupa îngrijire medicală/boală/infirmitate reprezintă, la nivelul UE, ceva mai mult de o treime (34,9%) din totalul prestațiilor sau 9,3% din PIB. Această grupă de prestații deține ponderile cele mai mari în Portugalia și Irlanda (aproape jumătate din totalul prestațiilor), urmate de Finlanda, Suedia, Germania.

Aceste două capitole (pensiile și sănătatea) reprezentau în anul 1999 peste patru cincimi (80,9%) din volumul total al prestațiilor sociale sau peste o cincime (21,4%) din produsul intern brut.

Tabelul nr. 1.3

**Ponderea în PIB a cheltuielilor cu prestațiile sociale
pe categorii de risc, în anul 1999**

- % -

	Total	Pensii de bătrânețe și de urmași	Îngrijirea sănătății/ boală + infirmitate	Familie/ copii	Șomaj	Locuință + excludere socială n.a.p
UE-15	26,4	12,1	9,3	2,2	1,8	1,0
Austria	27,7	13,2	9,8	2,9	1,5	0,4
Belgia	26,3	11,3	8,8	2,4	3,2	...
Danemarca	28,6	10,9	9,1	3,7	3,2	1,7
Finlanda	26,0	9,1	9,7	3,3	2,9	0,9
Franța	28,8	11,8	9,8	2,8	2,1	1,3
Germania	28,6	12,1	10,2	3,0	2,5	0,8
Grecia	24,7	12,6	7,7	1,9	1,4	1,3
Irlanda	14,1	3,5	6,4	1,8	1,6	0,8
Italia	24,4	15,6	7,3	0,9	0,5	0,0
Luxemburg	21,2	8,8	8,3	3,3	0,5	0,3
Olanda	26,4	11,0	10,7	1,1	1,6	1,9
Portugalia	19,9	8,7	9,1	1,0	0,7	0,3
Spania	19,5	9,0	7,2	0,4	2,5	0,3
Suedia	32,3	12,8	12,0	3,4	2,6	1,6
Regatul Unit	25,8	11,9	9,0	2,3	0,8	1,8
Slovacia	20,0	7,3	8,1	2,2	1,1	1,2
Slovenia	25,9	11,8	10,3	2,3	1,2	...

Sursa: Eurostat, European Social Statistics. Social Expenditure and receipts 1980-1999, Ediția 2001, p. 83-91.

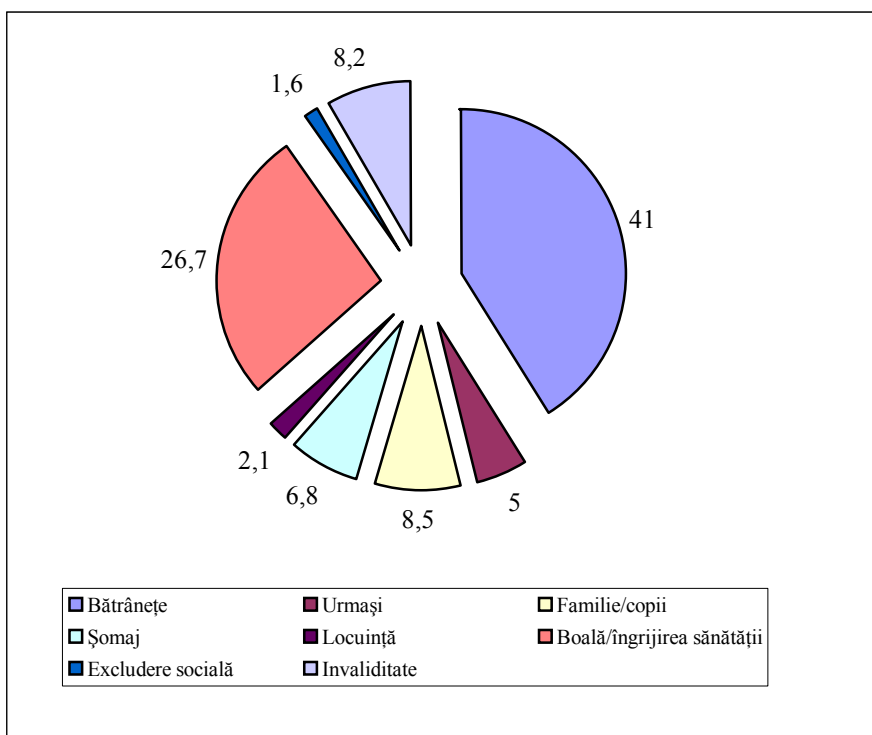
Prestațiile familiale au reprezentat o pondere de 8,5% din total prestații și 2,2% din PIB. Cifrele arată ponderi mai mari, respectiv de 13% și peste, în Luxemburg, Danemarca și Irlanda și de sub 4% în Spania și Italia.

Diferențe considerabile între țări se constată însă în ceea ce privește ponderea prestațiilor legate de șomaj, media pe ansamblul UE fiind de 6,8% în total prestații sau de 1,8% în PIB. Prestațiile de șomaj au reprezentat în totalul prestațiilor mai mult de 12% în Spania și Belgia și mai puțin de 3% în Italia și Luxemburg. Trebuie menționat faptul că, în cazul acestor prestații, sumele și respectiv ponderea prestațiilor în total prestații sociale sau în PIB nu sunt întotdeauna explicate de mărimea șomajului din țara respectivă, ci mai ales de diferențele considerabile în ceea ce privește acoperirea (cei care au dreptul să primească aceste prestații) și de mărimea prestațiilor, utilizată ca instrument de integrare a șomerilor pe piața muncii.

Graficul 1.2

Prestațiile sociale în UE-15, în anul 1999, pe grupe de riscuri

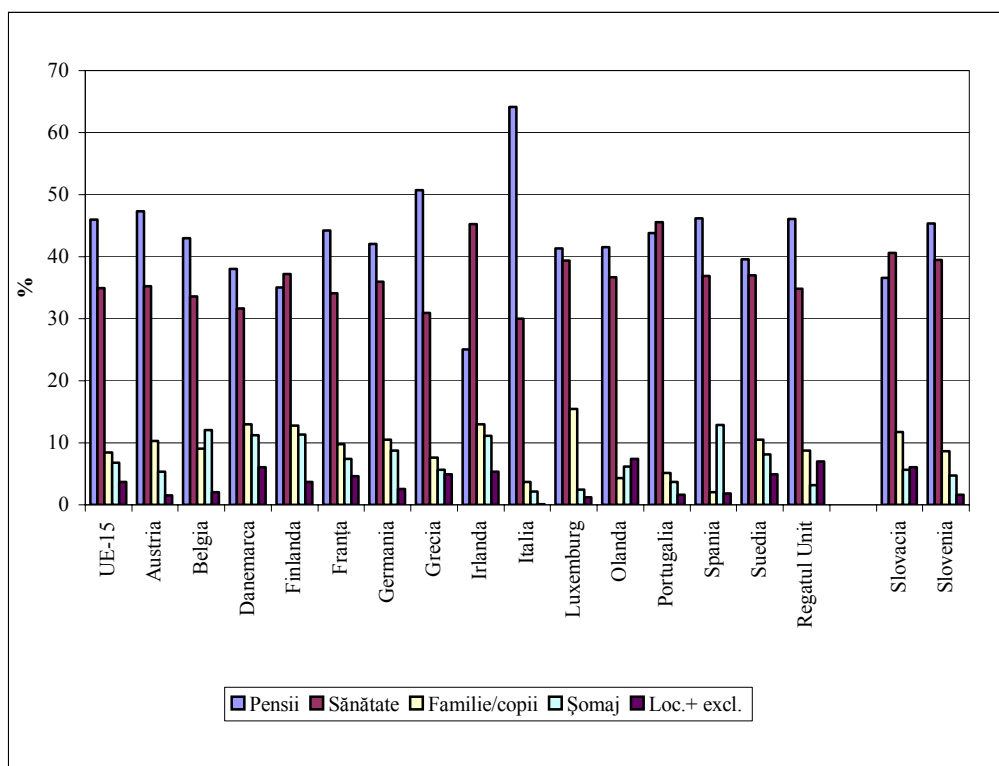
%



Graficul 1.3

Ponderea prestațiilor pe grupe de riscuri, în total prestații, în anul 1999

- % -



Referințe bibliografice

- Amerini, G., 2000, *Social protection in Europe*, Statistics in Focus. Theme 2-3.
- Chapon, S.; Euzéby, Ch., 2003, *Vers une convergence des modèles sociaux européens?*, în: *Problèmes économiques*, nr. 2801-2802.
- Cases, Ch.; Saunier, J.-M.; Volovich, P., 1996, *Le financement de la protection sociale en Europe*, în: *Problèmes économiques*, nr. 2493 - 2494.
- EUROSTAT, 2002, MISSOC, *Comparative Tables on Social Protection in the Member States (situation on 1 January 2002)*.
- EUROSTAT, 2001, *European Social Statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-99*, Luxembourg.
- Euzéby, A., 1997, *Le financement de la protection sociale en Europe: des interrogations communes*, în: *Problèmes économiques*, nr. 2532.

- Pieters, Danny, 2002, *The Social Security Systems of the Member States of the European Union*, Intersentia, Antwerp, Oxford, New York.
- Poenaru, M. (coord.); Grigorescu, C.; Molnar, M.; Petcu, C., 2002, *Fundamente economice ale protecției sociale în România în contextul integrării europene*, în: Probleme economice, nr. 28-29-30, CIDE, București.
- Poenaru, Maria, 2001, *Protecția socială și cheltuielile publice aferente în țări dezvoltate*, în: Revista română de economie, nr. 1.

Capitolul 2

PRESTAȚIILE PRIVIND PENSIILE

Constantin GRIGORESCU

2.1. În Uniunea Europeană

2.1.1. O mare cucerire socială

Generalizarea regimurilor de pensii în țările Uniunii Europene, în perioada postbelică, a dus la un grad înalt de protecție socială a persoanelor vârstnice, la armonizarea veniturilor din pensii cu progresul economico-social din țările respective. În prezent, condițiile de viață ale persoanelor vârstnice sunt considerabil mai bune decât în trecut, bătrânețea nu mai este asimilată cu sărăcia, incidența sărăciei în rândurile populației vârstnice fiind destul de redusă și, în unele cazuri, mărimea indicatorului este mai scăzută decât pentru persoanele tinere.

Ca atare, în lumina faptelor, în documentele UE se apreciază că “regimurile de pensii constituie una din marile cuceriri sociale a epocii noastre”. În acest cadru, pe lângă îmbunătățirea nivelului de trai și reducerea sărăciei, se apreciază că regimurile de pensii au permis, pe de o parte, ca persoanele vârstnice să se elibereze sub aspect economic de copiii lor și, pe de altă parte, ca persoanele în vârstă de muncă să beneficieze de mai multă libertate de mișcare decât în cazul în care ar fi trăit în familiile lărgite, compuse din trei generații.

Deși în ultimul timp regimurile de pensii se confruntă cu serioase probleme financiare, generate în primul rând de îmbătrânirea populației, Uniunea Europeană și țările componente urmăresc ca și în viitor pensiile să aibă un rol major în asigurarea unui nivel de viață corespunzător persoanelor vârstnice. Astfel, în condițiile în care regimurile de pensii sunt diferite de la o țară la alta, Consiliul European de la Lacken (2001) a stabilit că pretutindeni regimurile de pensii au obiective sociale comune, respectiv:

- să permită persoanelor vârstnice să-și mențină, în limite raționale, nivelul de trai din perioada vieții active;
- să prevină pauperizarea și excluderea socială a persoanelor vârstnice;
- să promoveze solidaritatea socială dintre generații și în cadrul generațiilor.

Cu anumite particularități pe țări, la realizarea obiectivelor amintite contribuie toate regimurile de pensii și anume: regimurile publice de pensii de bază și suplimentare, finanțate prin contribuții sau contribuții și impozite (pilonul I);

fondurile private de pensii ocupaționale cu capitalizare (pilonul II) și fondurile individuale de pensii, de asemenea, cu capitalizare (pilonul III).

În prezent, prestațiile furnizate de regimurile publice de pensii sunt preponderente; în viitor în contextul noilor procese economice și sociale interne și internaționale se are în vedere consolidarea financiară a regimurilor publice de pensii, dar și o creștere a ponderii prestațiilor furnizate de regimurile private de pensii ocupaționale și individuale, o dezvoltare a parteneriatului public-privat. După cum relevă experiența, în afara factorilor de natură ideologică și de tradițiile proprii fiecărei țări, o influență majoră în modificarea structurii public-privat a prestațiilor privind pensiile, va fi exercitată de procesul demografic contemporan, și cu deosebire de nivelul scăzut al fertilității și îmbătrânirea populației, extinderea integrării economice zonale și a globalizării mondiale, creșterea concurenței pe plan intern și internațional și dezvoltarea formelor de muncă atipice.

2.1.2. Prestațiile din pensii și menținerea în limite raționale a nivelului de trai

Precizarea privind menținerea după pensionare a nivelului de trai în limite raționale nu presupune ca mărimea pensiei să fie asemănătoare (100%) cu câștigul salarial din perioada vieții active. Între altele, se are în vedere că:

- a) persoanele vârstnice au mai puține obligații familiale (în principal nu mai au copii în întreținere);
- b) dispar cheltuielile profesionale pentru calificare, transport la și de la locul de muncă și sporul de consum alimentar în cazul muncilor grele;
- c) se reduc mult cheltuielile pentru casă și bunurile de folosință îndelungată, în momentul pensionării, multe persoane dispunând de o locuință proprietate personală.

Precizarea "menținerea nivelului de trai în limite raționale" are, de asemenea, în vedere, corelarea dinamicii pensiilor cu dinamica veniturilor din muncă, condițiile de viață ale persoanelor vârstnice neputând să fie rupte de cele ale întregii societăți. De aici și cerința indexării pensiilor în funcție de indicii prețurilor de consum sau de creșterea salariilor.

2.1.2.1. Regimurile publice de pensii

În majoritatea țărilor UE, obiectivul privind menținerea de către persoanele vârstnice, în limite raționale, a nivelului de trai din perioada vieții active se realizează prioritar prin sistemele publice de pensii care condiționează mărimea pensiei de veniturile din muncă. În acest cadru, se utilizează formule variate de calculare a pensiilor, elementele esențiale în această privință fiind:

- a) câștigul salarial și proporția pensiei față de câștigul salarial (rata de înlocuire);
- b) durata de cotizare;
- c) vârsta standard de pensionare.

În continuare, redăm principalele experiențe pe țări privind prestațiile regimurilor publice de pensii (proportia/dimensiunea pensiilor și condițiile de eligibilitate) valabile la 1 ianuarie 2001. În acest sens, avem în vedere, în primul rând, datele și informațiile din lucrarea Comisiei Europene: *Social protection in the EU Member States and the European Economic Area. Situation on 1 January 2001*, precum și alte studii și lucrări de specialitate.

- **Franța.** În cadrul regimului general de pensii, aferent salariaților din sectorul particular, rata de înlocuire reprezintă 50% din salariul mediu de referință (corespunzător a 25 de ani de carieră) în condițiile în care, pe de o parte, se justifică o perioadă de cotizare de 40 de ani, iar pe de altă parte, persoana pensionată, atât femei cât și bărbați, are 60 de ani. În cazul în care condițiile de cotizare sau de vârstă nu sunt îndeplinite, rata de înlocuire se micșorează în mod corespunzător. Menționăm că datele privind salariul mediu de referință și perioada de cotizare s-au stabilit prin reforma pensiilor din 1993 (cifrele anterioare au fost de 10 și respectiv 37,5 ani) și la noile standarde se va ajunge treptat în 2008.

În context, facem două precizări:

- pensia propriu-zisă (calculată în funcție de câștigul salarial, perioada de cotizare și vârsta efectivă la pensionare) este suplimentată cu 10% în cazul oricărui pensionar care a crescut cel puțin trei copii până la vârsta de 16 ani; de asemenea, în funcție de resursele proprii, pensia poate fi suplinită pentru soț/soție de peste 65 de ani (60 de ani în caz de invaliditate) cu maxim 650 de euro pe an;
- anii de cotizare cuprind, pe lângă perioadele în care s-au plătit efectiv contribuții, și perioadele de boală, maternitate, șomaj, serviciu militar și, într-o anumită limită, pentru creșterea copiilor. De aici și noțiunea “contribuții plătite sau creditate”. Cu anumite particularități, această practică există în toate țările UE.

Specific sistemului francez de pensii este faptul că regimul general de pensii, introdus prin Ordonanță de stat în 1945, a fost întregit cu regimuri complementare de pensii obligatorii pentru salariați și, respectiv, pentru cadre; aceste regimuri au fost introduse în 1947 prin convenții colective ale organizațiilor sindicale și patronale. Regimurile complementare de pensii, prin însăși natura lor, au menirea să contribuie la creșterea veniturilor din pensii. În condiții normale cele două pensii, de regulă, reprezintă 70-75% din câștigurile salariale ale persoanelor pensionate.

Regimurile de pensii pentru sectorul public, inclusiv pentru funcționarii publici, sunt mai generoase: rata de înlocuire reprezintă 70% din salariul mediu de bază din ultimele 6 luni de activitate, iar perioada obligatorie de cotizare este de 37,5 ani. Prin reforma pensiilor care urmează să fie promovată în acest an în Franța, se are în vedere reducerea diferențelor și inechităților pe care le generează regimurile publice de pensii între salariații din sectorul privat și cei din sectorul public.

- **Germania** are un sistem public de pensii care ia în considerare câștigul salarial și contribuțiile plătite în întreaga viață activă, acestea fiind convertite în

puncte de pensii. Potrivit datelor, în prezent, pentru un lucrător cu salariu mediu pe economie și cu 45 de ani de cotizare, pensia reprezintă circa 70% din salariul mediu net pe economie. Din date rezultă că în 2001, pensia lunară plătită unui lucrător cu salariul mediu pe economie, pentru fiecare an de muncă a fost de 48,29 de mărci (25 de euro) în vechile landuri și de 42,26 de mărci (21 de euro) în noile landuri. În mod corespunzător, mărimea efectivă a pensiei lunare este în funcție de câștigul salarial din viața activă și de anii de cotizare. În cazul dat, se poate aprecia că pentru 45 de ani de activitate, pensia lunară variază între 2170 și 1900 de mărci (1125-495 de euro). Vârsta standard de pensionare pentru bărbați și femei este de 65 de ani.

În ceea ce privește nivelul pensiei în viitor, menționăm că statul s-a angajat ca în perspectiva anilor 2030 rata de înlocuire să fie de 67-68%.

Ca și în Franța, funcționarii publici din Germania au condiții mai bune de pensionare. Pentru aceștia, rata de înlocuire reprezintă circa 75% din ultimul salariu brut, luat în considerare la plata contribuțiilor sociale.

- Alte țări, cum sunt: *Austria, Belgia, Grecia, Italia, Portugalia, Spania și Suedia* dispun, de asemenea, de regimuri publice de pensii prin care pensiile sunt calculate în funcție de câștigul salarial și contribuția plătită. În Portugalia, spre exemplu, perioada minimă de cotizare pentru deschiderea drepturilor de pensie este de 15 ani și durata standard de cotizare de 40 de ani. Fiecare an de cotizare dă dreptul la o pensie de 2% din salariul mediu corespunzător celor mai bune 10 salarii medii anuale din ultimii 15 ani de activitate. Ca atare, rata de înlocuire variază între un minim de 30% și un maxim de 80% din salariul mediu de referință. Vârsta legală de pensionare este 65 de ani pentru bărbați și femei, mărimea pensiei fiind micșorată în cazul pensionării anticipate și mărită în cazul prelungirii vârstei active până la 70 de ani.

În context, menționăm că, în Italia și Suedia, prin reformele privind pensiile din ultimul timp, există o legătură și mai puternică între câștigurile salariale și contribuțiile sociale plătite, pe de o parte, și mărimea pensiilor individuale, pe de altă parte. În Italia, spre exemplu, formula de calcul a pensiei are în vedere:

- 1) contribuțiile aferente câștigului salarial din întreaga viață activă;
- 2) ajustarea anuală a contribuțiilor respective cu creșterea medie a PIB (media anuală pe ultimii 5 ani);
- 3) durata medie de viață din anul pensionării (pentru vârstele cuprinse între 57 și 65 ani);
- 4) mărimea pensiei individuale depinde de suma contribuțiilor ajustate și durata medie de viață.

În esență, această formulă de calcul a pensiilor individuale reprezintă o dezvoltare a practicii din sistemul german de pensii, care, de asemenea, ține seama de câștigurile salariale și contribuțiile din întreaga viață activă. Deși sistemele reformate de pensii din Italia și Suedia au la bază metoda repartitiei de finanțare, respectiv pensiile curente sunt plătite din contribuțiile curente, în aceste cazuri, teoretic, metoda respectivă de finanțare este asemănătoare cu metoda capitalizării contribuțiilor. Practic, are loc numai o capitalizare virtuală a

contribuțiilor, mărimea pensiei individuale însă depinde exclusiv de contribuțiile individuale.

- În țările nordice, respectiv în *Danemarca, Irlanda, Finlanda, Regatul Unit*, precum și în *Olanda*, există regimuri publice de pensii contributive care oferă pensii forfetare, fără să se țină seama de câștigurile salariale. În țările amintite, situația se prezintă astfel:

- *Danemarca*. Pensia forfetară (denumită pensie națională) este de 51144 de koroane pe an (6855 de euro); criteriul pentru obținerea pensiei îl reprezintă rezidența în țara respectivă, suma integrală fiind onorată pentru 40 de ani de rezidență între 15-65/67 de ani. În cazul unui număr mai mic de ani de rezidență, pensia se reduce proporțional (coeficient 1/40). Menționăm, de asemenea, că pensia națională este completată cu o pensie suplimentară bazată pe muncă. Persoanele afiliate la schema pensiei suplimentare din 1 aprilie 1964 și care au lucrat permanent în regim complet de muncă au o pensie suplimentară anuală de 19728 de koroane (2644 de euro).

- *Finlanda*. Pensia forfetară, denumită de asemenea, pensie națională, variază între 2318 și 2750 de mărci finlandeze pe lună în funcție de starea civilă a persoanei pensionate și localitatea de domiciliu. Pensia integrală se acordă pentru 40 de ani de rezidență în țara respectivă; altfel, pensia se reduce proporțional cu lungimea rezidenței. În Finlanda, există și un regim de pensii proporționale cu câștigul salarial (pensii de muncă). În cadrul acestui regim pensia reprezintă 60% din salariul de referință pentru 40 de ani de muncă. Până la vârsta de 60 de ani, pentru fiecare an de muncă pensia reprezintă 1,5% din salariu, iar după 60 de ani procentul crește la 2,5%. Precizăm că existența pensiei de muncă sau a altor pensii determină reducerea cu până la 50% a pensiei naționale forfetare.

- *Irlanda*. Suma forfetară pentru pensia de bătrânețe este de 96 de lire irlandeze (122 de euro) pe săptămână și se acordă persoanelor care au împlinit vârsta de 66 de ani. Plata integrală a pensiei este condiționată de realizarea unui număr mediu de 48 de cotizații anuale.

- *Regatul Unit*. Mărimea forfetară a pensiei, numită pensie de bază este de 67,5 lire sterline (107 euro) pe săptămână. În cazul în care soția sau soțul persoanei pensionate nu dispune de drepturi proprii de pensie, pensia de bază este suplimentată cu 40,4 lire sterline (64 de euro) pe săptămână. Pensia se obține de bărbați la 65 de ani și de femei la 60 de ani, și se are în vedere ca în anul 2020 vârsta de pensionare a femeilor să fie asemănătoare cu cea a bărbaților. Referitor la perioada de cotizare, menționăm că aceasta este de 44 de ani pentru bărbați și de 39 ani pentru femei; în cazul în care această condiție nu se realizează, drepturile de pensie se reduc proporțional, fără să scadă însă sub 25%.

Prin tradiție, în Regatul Unit, ca de altfel și în Irlanda, rata de înlocuire a salariului prin pensia de bază este relativ scăzută. Referindu-se la acest aspect, într-un studiu din 1997, doi specialiști de la departamentul de științe economice al Colegiului Universitar din Londra și respectiv, de la Institutul pentru Științe Fiscale susțin: "În mod tradițional, statul, în Regatul Unit, a oferit o pensie de bază apropiată de nivelurile de subzistență". În același context se face următoarea

apreciere: "Poate cea mai importantă trăsătură a pensiei de bază este nivelul său scăzut. Ea reprezintă exact 16% din salariul mediu pentru bărbați." (Pensions and Retirement in the UK, Richard Blundell, Paul Johnson, NBER, Working Paper, No. 6154, September 1997).

Pe lângă pensia de bază, în Regatul Unit există și o schemă publică de pensii potrivit căreia dreptul de pensie se stabilește în funcție de câștigul salarial (*state earnings related pension - SERP*). Această pensie adițională a fost introdusă în 1987 și reprezintă 1,25% din salariile reevaluate ale fiecărui an de activitate; menționăm că aceste salarii sunt cuprinse între limita inferioară și limita superioară de salariilor pentru care s-au plătit contribuțiile sociale. Pentru persoanele care ating vârsta de pensionare după aprilie 2000, procentul inițial privind drepturile de pensie se reduce treptat la 1,00% într-o perioadă de 10 ani. Fără îndoială, această schemă de pensii contribuie la creșterea ratei de înlocuire; o persoană cu activitate neîntreruptă care s-ar pensiona după 20 de ani de participare la schema respectivă ar obține o pensie egală cu 25% din câștigul său salarial. În context, subliniem că legislația engleză dă posibilitatea lucrătorilor care doresc să opteze, în locul pensiei SERP, pentru scheme de pensii private ocupaționale, organizate în întreprinderi.

- *Olanda*. Pentru persoanele singure pensia forfetară este 1832 de guldeni (831 de euro) pe lună și pentru persoanele care fac parte din cupluri familiale sau de altă natură pensia este de câte 1261 de guldeni (572 de euro) pe lună. Pensia se acordă persoanelor de peste 65 de ani și plata integrală a acesteia necesită 50 de ani de asigurări. Reglementările stabilesc că pentru fiecare an de asigurare lipsă, pensia se reduce în mod corespunzător cu 2%.

2.1.2.2. Fondurile private de pensii ocupaționale și individuale

Date privind măsura în care prestațiile din regimurile publice de pensii asigură menținerea nivelului de trai al persoanelor vârstnice după pensionare nu există. Experiențele prezentate în paragraful anterior relevă că ratele de înlocuire a salariilor prin pensiile publice diferă mult de la o țară la alta. Totodată, mecanismele de funcționare a regimurilor publice de pensii fac ca ratele efective de înlocuire să fie diferite de ratele rezultate din îndeplinirea condițiilor legale de pensionare. În acest sens avem în vedere:

- ratele de înlocuire, chiar atunci când sunt mai generoase, nu au șansa să se realizeze integral; din varii motive stagiile reale de cotizare și vârstele efective de pensionare pot fi mai mici decât cele standard, fapt ce duce la reducerea ratei de înlocuire scriptice sau teoretice, a mărimii pensiilor în raport cu câștigurile salariale;
- salariile care se iau în considerare la plata contribuțiilor și respectiv la calcularea pensiilor, de regulă, sunt plafonate; segmente însemnate de persoane active au salarii sensibil mai mari decât cele utilizate la plata contribuțiilor de asigurări și la determinarea drepturilor de pensie; ca atare, pentru asemenea persoane, rata de înlocuire a salariilor efective prin pensiile publice este destul de mică;

- îmbătrânirea populației va înrăutăți raportul de susținere, respectiv dintre numărul de salariați plătitori de contribuții sociale și numărul de pensionari; în ultimă instanță, acest proces va influența rata de înlocuire și, cel puțin pe termen mediu, nu se întrevide posibilitatea stabilității ei.

Așa cum rezultă din practică, la menținerea nivelului de trai al persoanelor vârstnice după pensionare, o contribuție însemnată o au regimurile private de pensii, ele cunoscând o dezvoltare mai însemnată în țările în care pensiile publice sunt relativ mai scăzute. Prezentăm, în continuare, pe țări, importanța actuală a fondurilor private de pensii.

- *Austria*. Persoanele care primesc o pensie, în cadrul regimurilor de pensii ocupaționale cu capitalizare, reprezintă mai puțin de 2% din totalul pensionarilor (2001).

- *Finlanda*. Prestațiile privind pensiile furnizate de pilonul II de pensii reprezintă 0,5% din PIB, iar cele corespunzătoare regimurilor publice de pensii, 12% din PIB (1999).

- *Franța*. Prestațiile regimurilor voluntare ocupaționale de pensii reprezintă 1,7% din totalul prestațiilor oferite de regimurile publice de pensii de bază și complementare (1999).

- *Germania*. În totalul veniturilor persoanelor vârstnice, pilonul II și pilonul III de pensii contribuie cu 7% și respectiv cu 10% din pensia de bătrânețe.

- *Italia*. Lucrătorii care participă la regimurile de pensii private, colective sau individuale, reprezintă 8,7% din numărul lucrătorilor cuprinși în regimurile publice de pensii (2001).

- *Portugalia*. Beneficiarii de pensii private reprezintă 4,2% din totalul pensionarilor (2001).

- *Irlanda*. Gradul de cuprindere a lucrătorilor de 20-69 de ani la regimurile de pensii ocupaționale ale patronilor lor este de 46,8% și gradul general de cuprindere în regimurile private de pensii este aproximativ de 51% (2001).

- *Olanda*. Salariații afiliați la regimurile de pensii corespunzătoare pilonului II sunt 91% (2001), și gospodăriile de pensionari care beneficiază de o pensie complementară reprezintă 83% (2000).

- *Regatul Unit*. Mai mult de jumătate (60%) din gospodăriile de pensionari primesc venituri din schemele ocupaționale de pensii; în plus, 71% din gospodăriile respective primesc venituri din capital, inclusiv pensii private. Totodată, 44% din populația în vârstă de muncă cotizează la o pensie ocupațională sau personală (2000/2001).

- *Suedia*. Aproximativ 90% din lucrători participă la diferite convenții colective care prevăd regimuri de pensii private (2001).

Dat fiind rolul lor în susținerea nivelului de trai, regimurile private de pensii sunt promovate pe multiple căi, cele mai însemnate fiind:

1. stimularea fiscală, în cadrul căreia contribuțiile plătite la schemele colective de pensii precum și veniturile rezultate din plasarea contribuțiilor în active financiare nu sunt impozitate; potrivit acestui model, sunt impozi-

tate numai veniturile finale, respectiv pensiile. Practica este destul de veche și se aplică în toate țările comunitare;

2. ajutoare financiare directe sub formă de subvenții, metoda fiind introdusă în Germania, cu prilejul ultimei reforme a pensiilor;
3. convențiile colective încheiate de partenerii sociali, organizațiile sindicale și patronale, prin care se introduc scheme de pensii ocupaționale cu caracter obligatoriu, pe ramuri de activitate.

Practica pensiilor ocupaționale introduse prin convențiile colective are o extindere mai însemnată în Olanda, Danemarca și Suedia și, după toate probabilitățile, urmează să se dezvolte și în alte țări, cum ar fi Belgia, Germania și Spania.

În Regatul Unit schemele ocupaționale de pensii au caracter facultativ; în plus, în această țară, așa cum s-a arătat, legislația dă posibilitatea ca salariații care participă la schema adițională de pensii de stat (SERP) să opteze, în locul acesteia, pentru scheme private de pensii ocupaționale organizate în întreprinderi. Se cere însă ca mărimea pensiei private să nu fie mai mică decât pensia adițională de stat - SERP. Totodată, s-a creat cadrul legal ca, în locul pensiei de stat adiționale, salariații să aibă posibilitatea să opteze chiar pentru planuri individuale de pensii. Reglementările au dat rezultate: schemele ocupaționale de pensii cuprind aproape jumătate din populația activă și aproximativ 2/3 din persoanele pensionate în ultimul timp au o pensie ocupațională mai mare decât pensia de bază de stat. Menționăm, de asemenea, că un număr însemnat de salariați au optat pentru planuri individuale de pensii (peste 5 milioane).

Regatul Unit și Irlanda, prin tradiție, stimulează participarea voluntară a lucrătorilor la schemele ocupaționale de pensii. În acest cadru, în vederea creșterii gradului de cuprindere a salariaților în schemele private de pensii, în ultimul timp s-au creat noi scheme (planuri de pensii), numite în Regatul Unit sistem colectiv de economisire-pensie (*stakeholder pensions*), iar în Irlanda cont personal de economisire-pensie (*personal retirement saving accounts*). Aceste scheme sunt prevăzute pentru salariații care nu participă la alte scheme de pensii ocupaționale, și cu deosebire pentru lucrătorii cu salarii mici.

Fără îndoială, măsurile privind ridicarea gradului de cuprindere a lucrătorilor în regimurile private de pensii sunt menite să contribuie la creșterea veniturilor persoanelor vârstnice, respectiv la menținerea nivelului de trai al acestora din perioada vieții active. Principalul instrument de evaluare a măsurii în care pensiile publice și cele private asigură persoanelor vârstnice menținerea nivelului de trai din perioada vieții active este rata totală de înlocuire. Dar, așa cum se arată într-o comunicare a Comisiei Europene, informațiile furnizate de către statele membre nu permit să se stabilească întotdeauna comparații privind nivelurile actuale și viitoare ale ratelor de înlocuire. În plus, se menționează că este de preferat să se calculeze rate nete de înlocuire și nu rate brute de înlocuire, întrucât în multe cazuri, pensionarii au anumite înlesniri la plata impozitelor pentru veniturile din pensii, în raport cu impozitele și taxele plătite de persoanele active pentru veniturile din muncă. Ținându-se seama de aceste cerințe, Comitetul de Protecție Socială din UE, prin subgrupa "indicatori" a demarat calcularea ratelor actuale de

înlocuire din țările comunitare, potrivit unei metodologii unice, precum și evaluarea efectelor reformelor de pensii pentru evoluția lor în viitor.

2.1.3. Prevenirea sărăciei și a excluderii sociale

Un alt obiectiv important al regimurilor de pensii îl constituie prevenirea sărăciei și a excluderii sociale în rândurile persoanelor vârstnice, astfel încât acestea să aibă un nivel de trai decent, respectiv să se bucure de buna stare economică din țările lor și să poată participa activ la viața publică, socială și culturală. În primul rând, obiectivul are în vedere că mulți pensionari au avut în decursul vieții lor active câștiguri salariale mici și, în consecință, și drepturile lor de pensii din regimurile publice și private nu sunt satisfăcătoare. În al doilea rând, nivelul scăzut al veniturilor din pensii se poate datora și unor cariere de muncă incomplete, chiar în condițiile în care câștigurile salariale s-au plasat peste media pe economie.

Prevenirea sărăciei și a excluderii sociale în rândul persoanelor vârstnice, se realizează, de regulă, în cadrul politicilor UE și a țărilor membre de asigurare a unor venituri (resurse minime)/suficiente. La realizarea acestui obiectiv contribuie, pe de o parte, prestațiile minime contributive, reglementate prin regimurile publice de pensii și, pe de altă parte, prestațiile minime necontributive, finanțate de stat, în cadrul politicii generale de protecție socială.

2.1.3.1. Prestațiile minime reglementate prin regimurile publice de pensii contributive

Dând expresie principiului solidarității sociale, regimurile publice de pensii din majoritatea țărilor UE cuprind reglementări privind acordarea de pensii minime persoanelor vârstnice care, potrivit normelor legale, au câștigat drepturi de pensie. În acest sens, reamintim, în primul rând, pensiile forfetare care nu se stabilesc în funcție de câștigurile salariale, în Irlanda, Regatul Unit și Olanda fiind condiționate de realizarea carierei complete de cotizare, iar în Danemarca și în Finlanda de rezidența în țările respective. Așa cum s-a arătat, pensiile amintite sunt diminuate ori de câte ori numărul anilor de cotizare nu corespunde normelor stabilite, în cazul Regatului Unit limita minimă de diminuare fiind de 25%.

Pensii minime există și în regimurile publice de pensii în care drepturile de pensie sunt dependente de câștigul salarial și anii de cotizare. Potrivit celor mai recente date și informații, situația pe țări se prezintă astfel:

- *Belgia.* Există pensii minime aferente pentru 30 de ani de muncă cu timp complet pentru salariați și lucrători independenți, mărimea pensiei fiind proporțională cu durata carierei. În cazul salariaților pensia anuală este de 11793,71 de euro pentru o gospodărie și de 9438,10 de euro pentru o persoană singură; în mod corespunzător, pentru lucrătorii independenți, mărimea pensiei este de 9401,16 și, respectiv, 7050,60 de euro. Pensiile sunt indexate automat în funcție de evoluția prețurilor.

Spania. Se garantează pensii minime contributive pentru persoanele vârst-

nice care au cotizat cel puțin 15 ani. Pentru persoanele de peste 65 de ani pensia lunară este de 385,5 euro sau de 453,98 de euro în cazul în care există o altă persoană în întreținere. Pentru persoanele în vârstă de până la 65 de ani, mărimea pensiei lunare este de 343,87 și, respectiv, de 406,16 euro. Menționăm că, în ambele cazuri, se fac 14 plăți pe an.

- *Italia*. Pensia minimă este de 5104 euro pe an și se acordă persoanelor ale căror venituri anuale impozabile sunt de două ori mai mici decât pensia minimă (de patru ori în cazul pensionarilor căsătoriți); în această situație, pensia de bătrânețe este adusă la nivelul pensiei minime. Reglementările prevăd că pentru persoanele asigurate după 1 ianuarie 1996 nu vor mai exista pensii minime.

- *Franța*. Pensia minimă se încadrează în conceptul “minim de bătrânețe” pentru persoanele de peste 65 de ani. În prezent, minimul de bătrânețe anual este de 6835 de euro pentru persoanele singure și de 12257 de euro pentru un cuplu. În 2001 pensia minimă a fost de 6172 de euro, suma efectivă fiind proporțională cu durata de cotizare.

- *Luxemburg*. Pensia minimă este de 1190 de euro pe lună și se acordă în funcție de numărul de ani de cotizare; plata integrală a pensiei se face pentru 40 de ani de cotizare.

- *Austria*. Pensia minimă (complement compensator) este de 630 de euro pe lună pentru persoanele singure și 900 de euro pentru un cuplu și se plătește de 14 ori pe an. Plata integrală a pensiei minime se face numai în situațiile în care drepturile de pensie câștigate și alte venituri sunt inferioare sumelor mai sus arătate.

- *Portugalia*. Pensia minimă reprezintă între 65% și 100% din salariul minim net pe economie, suma care revine fiecărei persoane fiind dependentă de anii de cotizare.

- *Grecia*. Pensia minimă este diferențiată pe perioade de cotizare, respectiv înainte și după 1 ianuarie 1993. Pentru persoanele asigurate anterior datei amintite, pensia minimă lunară este de 364 de euro.

Fără îndoială, pensiile minime, inclusiv cele forfetare, reprezintă un instrument însemnat pentru protecția socială a persoanelor vârstnice cu câștiguri salariale foarte mici. Observăm, totodată, că pensiile respective nu se acordă automat în mărimea legiferată. În fapt, deși se numesc pensii minime, ele pot fi mai mici, mărimea efectivă a pensiei fiind condiționată fie de perioada de cotizare, fie de anii de rezidență. Este încă o formă de a se stimula o activitate profesională neîntreruptă în decursul vieții active. În context, relevăm că în Germania, Suedia și Italia (pentru persoanele asigurate din 1.1.1996), unde la stabilirea pensiilor se iau în considerare contribuțiile plătite în întreaga carieră de muncă, schemele publice de pensii nu prevăd pensii minime.

2.1.3.2. Prestații necontributive pentru persoanele vârstnice

Prestațiile necontributive se înscriu în politica de garantare a unor resurse minime/suficiente pentru întreaga populație, inclusiv pentru persoanele vârstnice; la ele recurg persoanele cu venituri foarte scăzute și se constituie ca o plasă de siguranță împotriva sărăciei (*safety net*). Garantarea resurselor este asigurată de

stat, prestațiile sunt finanțate din impozite și taxe bugetare și, în nici un fel nu sunt condiționate de plata unor contribuții de asigurări sociale sau de altă natură.

Ca și în domeniul regimurilor de pensii și a celorlalte componente ale securității sociale, experiențele privind garantarea resurselor suficiente diferă mult de la o țară la alta. În acest cadru, relevăm că șapte țări comunitare au legiferat prevederi speciale pentru persoanele vârstnice, respectiv Belgia, Franța, Irlanda, Italia, Portugalia, Spania și Regatul Unit. În celelalte țări comunitare garantarea resurselor suficiente se face prin reglementările globale aferente întregii populații (Germania, Grecia, Luxemburg, Austria și Suedia) sau prin schemele de pensii naționale (Danemarca, Olanda și Finlanda).

De regulă, acordarea prestațiilor necontributive este condiționată de situația financiar-materială a persoanelor solicitante și mărimea lor reprezintă diferența dintre resursele proprii și nivelul resurselor minime/suficiente stabilite de către fiecare stat. Fără a intra în amănunte, în țările cu prevederi speciale pentru persoanele vârstnice de garantare a resurselor suficiente, formele, dimensiunea și condițiile de acordare a prestațiilor sociale necontributive sunt prezentate în tabelul de mai jos.

**Garantarea unor prestații necontributive cu destinație specială
pentru persoanele vârstnice**

Țara	Tipul prestației	Suma	Condiții de eligibilitate
Belgia	Venit minim garantat	Persoană singură: 6678 de euro/an Cuplu căsătorit: 9037 de euro/an	Femei 62 de ani, bărbați 65 de ani cu rezidența actuală în Belgia; resursele proprii să fie sub un anumit nivel
Spania	Pensie de bătrânețe ne-contributivă	O persoană eligibilă: 3526 de euro/an	Persoane de peste 65 de ani cu rezidența legală în Spania de cel puțin zece ani între 16 și 65 de ani
Franța	Alocație specială Alocație suplimentară	2747 euro/an Persoană singură: 3938 de euro/an Cuplu: 6499 de euro/an	Persoane de 65 de ani (60 de ani la cele cu incapacitate de muncă); să nu fie eligibile pentru prestații de bătrânețe în sistemul obligatoriu. Pentru alocația suplimentară sunt îndreptățiți titularii de alocație specială cu resurse sub un anumit nivel
Irlanda	Pensie de bătrânețe ne-contributivă	Până la 109 euro/săptămână în funcție de venit Până la 66 de euro/săptămână pentru fiecare adult dependent Până la 17 euro/săptămână pentru un copil dependent Persoanele de peste 80 de ani și cele care trăiesc singure primesc o prestație suplimentară	Persoane de 66 de ani și peste cu rezidența în Irlanda; să nu fie eligibile pentru o pensie contributivă și, controlul resurselor proprii

Țara	Tipul prestației	Suma	Condiții de eligibilitate
Italia	Pensie socială	4429 de euro/an	Persoane de peste 65 de ani; veniturile (fără chirii) să fie mai mici de 4429 de euro pentru o persoană și de 8858 de euro pentru o persoană căsătorită
Portugalia	Pensie de bătrânețe specială	131 de euro/lună	Persoane de 65 de ani și peste; să nu dispună de o pensie contributivă; veniturile să nu depășească 30% din salariul minim (50% pentru cupluri)
Regatul Unit	Pensie de bătrânețe	64 de euro/săptămână	Bărbați și femei de 80 de ani și peste; reședința în Regatul Unit 10 ani după vârsta de 60 de ani; să nu dispună de o altă categorie de pensie de bătrânețe de o mărime egală sau mai mare

Sursa: European Commission MISSOC 2001, p. 564-567.

După cum se observă, prestațiile necontributive din țările cu reglementări speciale pentru persoanele vârstnice sunt destul de însemnate și se acordă persoanelor de 65 de ani și peste care nu dispun de resurse suficiente necesare unui trai decent. Prestații însemnate sunt oferite și în celelalte țări comunitare prin legislația generală privind garantarea resurselor minime.

În loc de concluzii

1. Datele relevă că prestațiile oferite prin regimurile publice și private de pensii, prestațiile necontributive precum și alte ajutoare și înlesniri fiscale au dus la un nivel ridicat al veniturilor persoanelor vârstnice în raport cu veniturile celorlalte categorii de populație. În 1998, în UE venitul mediu disponibil pe o persoană echivalentă în gospodăriile persoanelor vârstnice de 65 de ani și peste a reprezentat 89% față de venitul din celelalte gospodării; procente mai ridicate ale veniturilor pe o persoană fiind în Franța, Germania, Italia, Luxemburg și Olanda.
2. Riscul sărăciei este asemănător pentru persoanele vârstnice ca și pentru populația în ansamblul său. Tot în 1998, la un prag al sărăciei evaluat la 50% din venitul mediu, persoanele de 65 de ani și peste aflate sub pragul sărăciei a fost de 9%, iar pentru persoanele de 0-64 de ani proporția a fost de 10%. În cazul în care pragul sărăciei este evaluat la 60% din venitul mediu, proporția sărăciei în rândurile persoanelor vârstnice este 17% și pentru celelalte categorii de populație este de 15%.

2.2. Prestațiile privind pensiile în România

În prezent, prestațiile privind pensiile sunt reglementate prin noua lege a pensiilor publice, care a intrat în vigoare la 1 aprilie 2001. La stabilirea mărimii prestațiilor și a condițiilor de eligibilitate s-au avut în vedere condițiile economico-sociale și demografice din țară, precum și cerința ca pensiile publice (pilonul I) să

fie completate cu pensii private prin legiferarea fondurilor universale de pensii cu administrare privată (pilonul II), precum și a schemelor de pensii facultative, de asemenea cu administrare privată (pilonul III).

Ținându-se seama și de experiența din alte țări, prin Legea privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale (Legea nr. 19/2000) s-a statuat ca la calcularea mărimii pensiei să se ia în considerare câștigurile salariale și contribuțiile plătite în întreaga viață activă, prin transformarea lor în puncte de pensie. În trecut, baza de calcul a pensiei a fost mult mai scurtă - salariul mediu din 5 ani consecutivi din ultimii 10 ani de activitate. Prin prelungirea bazei de calcul a pensiei se asigură o mai bună legătură între pensii și câștigurile salariale și se evită apariția unor fraude și aranjamente privind mărirea salariilor și a pensiilor.

Mărirea pensiei, respectiv rata de înlocuire a câștigului salarial prin pensie este stabilită prin valoarea unui punct de pensie. După mai multe modificări a Legii nr. 19/2000, valoarea unui punct de pensie "nu poate fi mai mică de 30% și mai mare de 50% din salariul mediu brut pe economie prognozat din anul înscrierii la pensie". Valoarea punctului de pensie se legiferează în fiecare an o dată cu aprobarea bugetului asigurărilor sociale de stat; în 2001 și 2002 ea a reprezentat 38,5% din salariul mediu, iar pentru 2003 este de 39%.

Rata de înlocuire este mai mică decât cea din legislația anterioară (pentru grupa de muncă III era de 54%) și veniturile persoanelor pensionate se află cu mult sub cele din perioada vieții active. La aceasta mai trebuie avut în vedere că în trecut, pe lângă regimul public de pensii, a existat și regimul pensiei suplimentare, care oferea o pensie de până la 16% din câștigul salarial. Regimul pensiei suplimentare s-a desființat o dată cu introducerea noii legi a pensiilor publice și, până în prezent, nu a fost înlocuit cu alte regimuri de pensii care să ofere surse suplimentare de venituri persoanelor vârstnice. Necesitatea altor surse de venituri este cu atât mai necesară cu cât în prezent salariile luate în calcul la plata contribuțiilor și la stabilirea pensiei sunt plafonate (3 salarii medii brute pe economie în 2001 și 2002 și 5 salarii în 2003).

Dat fiind creșterea speranței medii de viață, Legea nr. 19/2000 statuează că stagiul complet de cotizare este 35 de ani pentru bărbați și de 30 de ani pentru femei, cu 5 ani mai mult decât în vechea legislație. În mod corespunzător a crescut și vârsta legală de pensionare - pentru bărbați de la 60/62 la 65 de ani și pentru femei de la 55/57 la 60 de ani. La noile standarde privind stagiul de cotizare și respectiv vârsta de pensionare, se va ajunge treptat, într-o perioadă de 13 ani.

În condițiile în care sistemul public de pensii este finanțat prin contribuțiile de asigurări sociale plătite de persoanele active, prelungirea stagiului de cotizare și a vârstei de pensionare sunt firești, ele fiind de natură să reducă efectele negative ale îmbătrânirii populației asupra echilibrării bugetelor publice pentru pensii. În context, arătăm că prin mecanismul de calculare a punctajului mediu și a pensiei se stimulează prelungirea activității profesionale. Astfel, pentru fiecare an de muncă suplimentar peste stagiul complet de cotizare, punctajul din anii respectivi se majorează cu câte 3,6% puncte.

Bibliografie

Communication de la Commission au Conseil, au Parlement Européen, au Comité Economique et Social Européen et au Comité des Régions. *Projet de Rapport conjoint de la Commission et du Conseil sur des pensions viables et adéquates*, Bruxelles, COM (2002).

European Commission, *Social Protection in the EU Member States and the European Economic Area*. Situation on 1 January 2001.

Commission Economique, *Etude des régimes de retraite des Etats Membres de l'Union Européen*, Mai 2000 (MARKT/2005/99 - FR Rev 2).

Grigorescu, Constantin, *Conținutul și dinamica reformei sistemului public de pensii*, în: Raporturi de muncă, nr. 2/2003.

Lege privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale (Legea nr. 19/2000), Editura Monitorul Oficial, 2001.

Capitolul 3

PRESTAȚIILE ÎN DOMENIUL ÎNGRIJIRII SĂNĂTĂȚII

Maria POENARU

3.1. Sfera de cuprindere

Prestațiile de îngrijire a sănătății îmbracă, în general, două forme: prestații în natură (servicii de îngrijire medicală) și prestații în bani. Prestațiile în natură sau îngrijirea medicală propriu-zisă se referă la: tratamentul medical al pacienților de către medicul de familie sau de medicină generală și de medicul specialist, la spitalizare și la accesul la medicamente în ambulatoriu; de asemenea, la îngrijirea medicală la domiciliu.

Prestațiile în bani cuprind sumele de bani pe care le primesc beneficiarii în cazul întreruperii activității din cauza bolii.

Așa cum am arătat în capitolul 1, statistica integrată privind protecția socială include în capitolul de cheltuieli cu prestațiile furnizate în legătură cu îngrijirea sănătății/boală, și pe cele care se acordă pentru concedii de boală. Această precizare este necesară pentru a aprecia corect datele utilizate în analiza comparativă referitoare la volumul și ponderea prestațiilor de sănătate în totalul prestațiilor sau în PIB, având în vedere faptul că datele pentru România referitoare la sănătate cuprind numai serviciile de sănătate, nu și prestațiile în bani reprezentând concedii medicale plătite din bugetul asigurărilor sociale de stat (din care se plătesc pensiile) și nu din bugetul sănătății.

Spre deosebire de alte prestații sociale - al căror nivel este definit pe baza precizărilor din legislația în vigoare din fiecare țară (cum ar fi de exemplu, nivelul ajutorului de șomaj sau nivelul pensiei care pot fi comparate cu nivelul salariilor, rezultând o "rată de înlocuire") - în cazul prestațiilor de sănătate cea mai des folosită modalitate de măsurare a mărimii prestațiilor o constituie nivelul cheltuielilor cu prestațiile ce revin în medie pe un locuitor. Acest indicator este expresiv dat fiind faptul că beneficiari de servicii de sănătate sunt nu numai oamenii bolnavi, ci și cei sănătoși care consumă servicii de prevenție, deci întreaga populație.

3.2. Cheltuielile cu prestațiile de sănătate

Așa cum s-a arătat în capitolul 1, cheltuielile cu prestațiile sociale în general se referă la acea parte din totalul cheltuielilor care ajunge la beneficiari, sub formă de venituri în bani sau sub formă de servicii. Cheltuielile totale de protecție socială asociate fiecărui risc (în cazul de față, boala/îngrijirea sănătății) cuprind pe lângă prestații, care dețin ponderea covârșitoare, și cheltuielile de administrare, precum

și alte cheltuieli (dobânzi, de exemplu). În continuare, analiza va fi focalizată pe acea parte a cheltuielilor care exprimă prestațiile de sănătate, acestea reprezentând de altfel ponderea covârșitoare (peste 95%) din totalul cheltuielilor de protecție socială.

3.2.1. Ponderea în PIB

Volumul cheltuielilor cu prestațiile de sănătate în țările UE reprezintă o pondere în PIB situată în prezent în jurul cifrei de 7%. Ponderile cele mai mari au fost înregistrate de Suedia (8,2%), urmată de Franța (8,1%) și Germania (8%), iar cele mai mici de Luxemburg (5,3%), Danemarca (5,6%), Spania și Irlanda cu 5,7% fiecare. Este de remarcat faptul că pe parcursul ultimului deceniu, în special după 1993, în cea mai mare parte a țărilor UE au fost luate măsuri menite să ducă la frânarea creșterii cheltuielilor cu prestațiile de sănătate sau chiar la scăderea acestora. Așa se face că nota dominantă a fost scăderea ponderii cheltuielilor cu prestațiile de sănătate în PIB, aceasta înregistrând creșteri doar în Grecia, Portugalia și Austria.

Tabelul nr. 3.1

Ponderea prestațiilor de sănătate în PIB

- procente -

	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
UE-15	...	7,1*	7,3*	7,6*	7,5	7,4	7,4	7,2	7,1	7,1	7,1
Austria	7,3	6,7	6,8	7,0	7,2	7,3	7,4	7,2	7,1	7,2	7,4
Belgia	6,5	6,6	6,8	7,3	6,9	6,7	6,3	6,7	6,3	6,3	6,4
Danemarca	7,2	5,6	5,8	5,8	6,0	5,6	5,6	5,4	5,4	5,6	5,6
Finlanda	5,5	6,9	7,7	7,6	7,2	6,7	6,5	6,6	6,2	6,0	6,0
Franța	7,8	7,5	7,6	7,9	8,2	8,2	8,2	8,3	8,2	8,2	8,1
Germania	8,4	7,8	8,0	8,5	8,3	8,4	8,6	8,6	8,1	8,0	8,0
Grecia	...	5,3	5,0	5,3	5,5	5,6	5,6	5,5	5,7	5,7	6,1
Irlanda	8,9	6,0	6,3	6,6	6,7	6,6	6,6	6,0	5,8	5,6	5,7
Italia	5,0	6,6	6,7	6,6	6,4	6,0	5,5	5,6	5,7	5,7	5,8
Luxemburg	6,4	5,4	5,6	5,8	5,9	5,6	5,6	6,0	5,6	5,4	5,3
Olanda	9,2	8,7	8,8	9,3	9,4	8,4	8,3	7,8	7,6	7,5	7,6
Portugalia	3,3	4,1	4,6	5,4	6,0	6,4	6,0	6,2	6,3	6,5	6,7
Spania	5,4	5,6	6,0	6,4	6,6	6,4	6,1	6,1	5,9	5,8	5,7
Suedia	...	...	...	...	8,7	7,9	7,6	7,5	7,5	7,8	8,2
Regatul Unit	2,4	5,3	6,2	6,6	6,8	6,7	6,5	6,5	6,4	6,6	6,4
România**	...	2,8	2,9	3,1	2,9	3,3	3,1	3,0	2,8	3,3	3,9
Slovacia**	...	5,4	4,9	5,1	6,4	7,1	5,8	6,8	6,7	6,4	6,0
Slovenia	...	...	...	...	...	...	...	7,9	8,0	8,0	8,0

* Pentru UE-12.

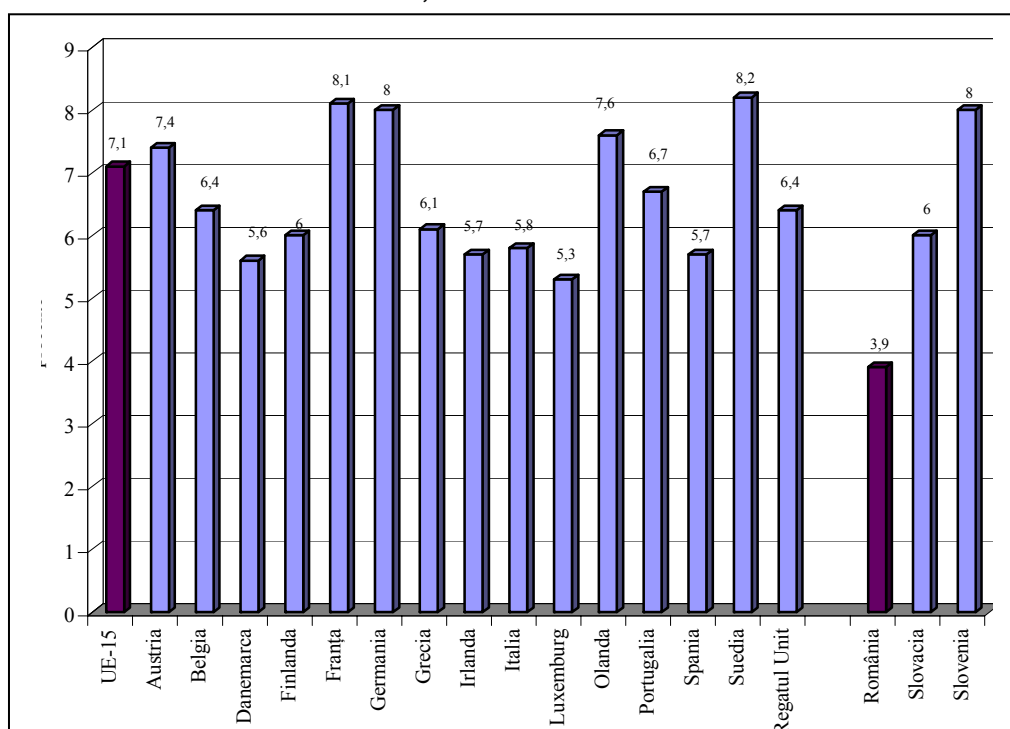
** Total cheltuieli de sănătate, inclusiv cele de administrare. Mărimea acestui indicator nu modifică fundamental concluziile analizei, având în vedere că cheltuielile de administrare dețin o pondere foarte mică în total (sub 5%).

Sursa: Eurostat, European Social Statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-1999, p. 84; pentru România și Slovacia: UNICEF, Social Monitor 2002, p. 74.

România se distinge prin alocarea unei ponderi foarte scăzute din PIB pentru servicii de sănătate comparativ cu țările europene, aceasta fiind la aproximativ jumătate din mărimea calculată pentru UE -15. De remarcat este, de asemenea, faptul că, în timp, variațiile acestei ponderi au fost foarte mici, ceea ce arată că în alocarea resurselor acestui domeniu a avut ca ancoră mai degrabă dimensiunea redusă și în scădere a resurselor publice decât starea precară a sănătății populației și nevoile mari de îngrijire. Dacă se ia în considerare și faptul că România este caracterizată printr-un nivel al PIB *per capita* între cele mai scăzute din Europa, procentul menționat sugerează în mod clar un nivel scăzut al prestațiilor de sănătate comparativ cu situația din cea mai mare parte a țărilor europene.

Graficul 3.1

Ponderea prestațiilor de sănătate în PIB în 1999



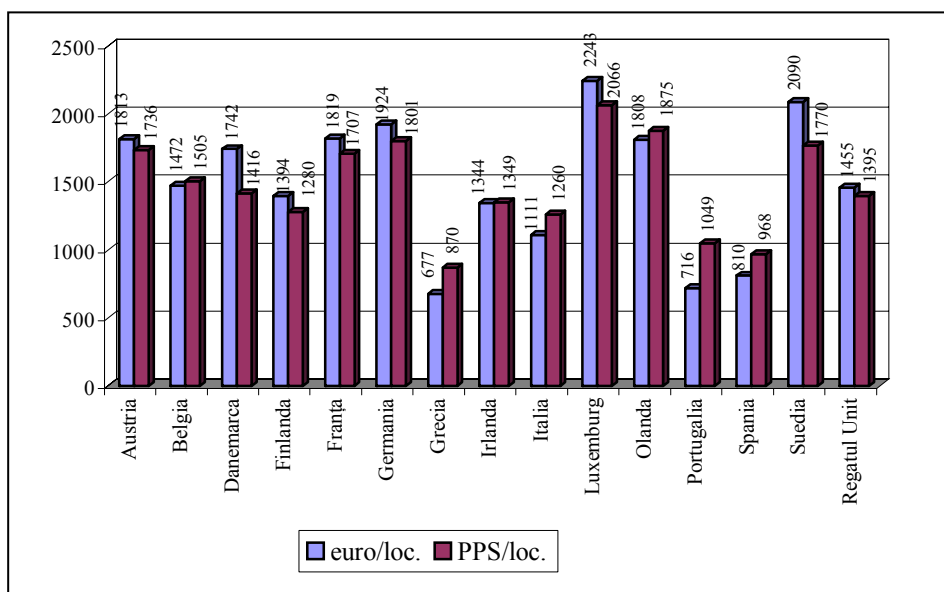
3.2.2. Volumul prestațiilor de sănătate pe locuitor

Indicatorul care exprimă ponderea cheltuielilor cu prestațiile de sănătate în PIB spune totuși prea puțin cu privire la volumul prestațiilor de sănătate furnizate populației. Un exemplu este Luxemburg unde ponderea prestațiilor de sănătate în PIB în anul 1999 reprezintă 5,3% care se materializează într-un volum de prestații echivalent cu 2243 de euro/locuitor, comparativ cu Italia unde ponderea în PIB

este de 5,8% dar volumul prestațiilor (1111 euro/locuitor) reprezintă doar jumătate din cel determinat pentru Luxemburg. Nivelul mediu al prestațiilor medicale estimat pentru UE-15 în 1999 a fost de 1510 euro/locuitor.

Graficul 3.2

Volumul total al prestațiilor de sănătate în medie pe un locuitor, 1999



Datele referitoare la mărimea cheltuielilor cu prestațiile de sănătate ce revin în medie pe un locuitor¹ exprimate în euro sau în Putere de Cumpărare Standard (PPS) arată diferențe substanțiale între statele membre ale UE (graficul 3.2). Țările cu nivelurile cele mai înalte ale prestațiilor de sănătate exprimate atât în euro cât și în PPS au fost: Luxemburg, Germania, Olanda, Suedia (cu mici schimbări ale rangului în funcție de exprimarea indicatorului în euro sau PPS), iar cu nivelurile cele mai scăzute: Grecia, Portugalia, Spania. Aceste date arată în mod clar dependența volumului prestațiilor de sănătate de nivelul de dezvoltare al fiecărei țări care configurează capacitatea de alocare a resurselor către sectorul sanitar.

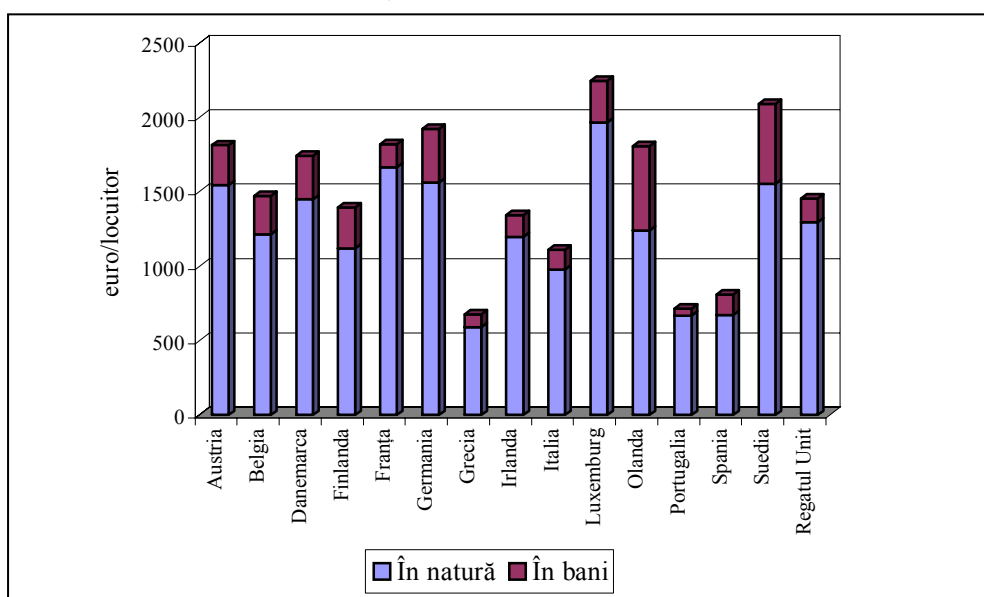
¹ Indicatorii privind cheltuielile cu prestațiile de sănătate pe un locuitor (exprimate în euro și PPS) sunt rezultatul unor calcule proprii. În acest scop am utilizat datele privind totalul cheltuielilor cu prestațiile de sănătate (în natură și în bani) disponibile pentru fiecare țară și exprimate în monedă națională. Ele au fost transformate în euro și PPS utilizând ratele: monedă națională/1 euro, respectiv monedă națională/1 PPS corespunzătoare fiecărei țări pentru anul 1999. (Sursa datelor: Eurostat, European Social Statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980–1999).

3.2.3. Prestațiile în natură/serviciile de sănătate

Pentru a aduce aceste date mai aproape de conținutul prestațiilor furnizate populației de sistemele de îngrijire a sănătății și a asigura o mai bună comparabilitate cu datele disponibile pentru România (care exprimă numai serviciile furnizate în cadrul sistemului sanitar) am separat, din totalul prestațiilor asociate îngrijirii sănătății și îmbolnăvirii, pe cele în natură (sub formă de servicii, medicamente și alte prestații în natură).

Graficul 3.3

Volumul prestațiilor de sănătate, pe forme (1999)



Tabelul nr. 3.2

Volumul prestațiilor de îngrijire a sănătății, pe principalele forme, în 1999

	TOTAL euro/ locuitor	Din care, în procente din total						
		În natură					În bani	
		Total	În unități spitalicești total	În ambulatoriu		Alte servicii, total	Total	din care pentru concedii medicale
				Total	din care: pentru me- dicamente			
Austria	1813	85,2	44,2	38,8	13,1	2,2	14,8	14,8
Belgia	1472	82,5	80,0	1,2	0,1	1,3	17,5	12,0
Danemarca	1742	83,1	55,8	27,4	6,7	0	16,9	16,3
Finlanda	1394	80,3	37,4	42,1	6,8	0,7	19,7	19,7
Franța	1819	91,6	47,9	41,4	16,0	2,3	8,4	8,2
Germania	1924	81,1	33,2	44,8	13,2	3,1	18,9	18,9

	TOTAL euro/ locuitor	Din care, în procente din total						
		În natură					În bani	
		Total	În unități spitalicești total	În ambulatoriu		Alte servicii, total	Total	din care, pentru concedii medicale
				Total	din care: pentru me- dicamente			
Grecia	677	87,2	43,2	38,8	18,0	5,2	12,8	10,8
Irlanda	1344	89,1	64,4	12,2	3,8	12,5	10,9	6,1
Italia	1111	88,0	49,7	38,3	11,5	0	12,0	11,9
Luxemburg	2243	87,6	43,8	43,2	9,3	0,6	12,4	12,4
Olanda	1808	68,6	48,5	19,2	8,0	0,9	31,4	25,0
Portugalia	716	93,5	47,1	45,0	16,6	1,4	6,5	6,4
Spania	810	82,9	48,4	31,5	19,9	3,0	17,1	17,1
Suedia	2090	74,3	37,4	35,3	10,1	1,6	25,7	25,7
Regatul Unit	1455	89,1	59,8	29,1	4,7	0,2	10,9	9,6

Sursa: calcule proprii pe baza datelor privind prestațiile în sistemele naționale de îngrijire a sănătății, exprimate în moneda națională a fiecărei țări, publicate în: Eurostat, European Social Statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-1999.

Calculule noastre arată că, în marea majoritate a țărilor din Uniunea Europeană, prestațiile în natură reprezintă o pondere de peste 80% din total. O pondere a serviciilor de sănătate în volumul total al prestațiilor de sănătate, situată în jurul cifrei de 90%, se întâlnește în Portugalia (93,5%), Franța (91,6%), Regatul Unit și Irlanda (89,1%), Italia (88,0%). Ponderi relativ mai mici se întâlnesc în Olanda (68,6%), Suedia (74,3%), Germania (81,1%). Important este "nivelul" acestor prestații care dau măsura serviciilor de sănătate de care beneficiază, în medie, un locuitor din țările membre ale UE. Datele cuprinse în tabelele nr. 3.3 și nr. 3.4 evidențiază diferențele existente între țări din acest punct de vedere.

Tabelul nr. 3.3

Volumul prestațiilor de îngrijire a sănătății, pe principalele forme în 1999

euro/locuitor

	TOTAL	Din care						
		În natură					În bani	
		Total	În unități spitalicești total	În ambulatoriu		Alte servicii, total	Total	din care, pentru concedii medicale
				Total	din care: pentru me- dicamente			
Austria	1813	1545	801	704	238	40	268	268
Belgia	1472	1214	1178	18	...	18	258	178
Danemarca	1742	1448	972	476	117	0	294	284
Finlanda	1394	1118	521	586	95	10	275	275
Franța	1819	1666	871	753	291	42	153	149
Germania	1924	1560	639	862	254	59	364	364
Grecia	677	590	292	263	122	35	87	73
Irlanda	1344	1198	866	164	51	168	146	82

	TOTAL	Din care						
		În natură					În bani	
		Total	În unități spitalicești total	În ambulatoriu Total	din care: pentru me- dicamente	Alte servicii, total	Total	din care, pentru concedii medicale
Italia	1111	978	552	426	128	0	133	132
Luxemburg	2243	1965	982	969	209	14	278	278
Olanda	1808	1240	877	347	145	16	568	452
Portugalia	716	669	337	322	119	10	47	46
Spania	810	671	392	255	161	24	139	139
Suedia	2090	1553	782	737	211	33	537	537
Regatul Unit	1455	1296	870	423	68	3	159	140

Sursa: calcule pe baza datelor privind prestațiile în sistemele naționale de îngrijire a sănătății, exprimate în moneda națională a fiecărei țări, publicate în: Eurostat, European Social Statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-1999.

Pentru asigurarea unei mai bune comparabilități a datelor privind prestațiile de sănătate furnizate sub forma serviciilor, am procedat la transformarea volumului prestațiilor în natură pe un locuitor exprimat în unități monetare naționale în putere de cumpărare standard (*purchasing power standard - PPS*).

Datele din tabelul nr. 3.4 arată că diferențele dintre țări în ceea ce privește volumul serviciilor de sănătate de care beneficiază în medie un locuitor, exprimate în PPS, se estompează ușor, schimbându-se într-o anumită măsură și ierarhia țărilor alcătuită după acest indicator.

În *România*, volumul serviciilor de sănătate ce revine în medie pe un locuitor pentru același an 1999 a fost estimat¹ la 197 de PPS, ceea ce înseamnă un nivel de aproape patru ori mai mic decât cel din țara cu volumul cel mai scăzut al serviciilor de sănătate din UE (Grecia cu 758 de PPS/locuitor). Raportul dintre volumul serviciilor de sănătate ce revine în medie pe un locuitor din țările dezvoltate ale UE și România este substanțial mai mare. Astfel, mărimea acestui raport a fost estimată la 9,2 față de Luxemburg, 7,9 comparativ cu Franța, 7,5 cu Austria, 7,4 cu Germania etc.

3.2.4. Structura serviciilor de sănătate, pe principalele utilizări

Analiza structurii serviciilor de sănătate, pe principalele utilizări, arată că mai mult de jumătate sunt servicii prestate în unități spitalicești, în unele țări (Belgia, Irlanda, Olanda) ponderea acestora depășind 70%.

¹ Estimarea a fost realizată aplicând ponderea de 3,9% a cheltuielilor de sănătate în PIB la valoarea PIB pe locuitor din anul 1999. Rezultatul obținut a fost transformat în PPS utilizând rata de 4808 lei = 1 PPS.

Tabelul nr. 3.4

Structura serviciilor de îngrijire a sănătății, pe principalele utilizări, în 1999

	Total prestații în natură		Din care, în procente:			
	EURO/ locuitor	PPS/ locuitor	În unități spitalicești, total	În ambulatoriu		Alte servicii
				Total	Din care, pentru medicamente	
Austria	1545	1479	51,8	45,6	15,4	2,6
Belgia	1214	1242	97,0	1,5	...	1,5
Danemarca	1448	1178	67,1	32,9	8,0	0
Finlanda	1118	1028	46,6	52,4	8,5	1,0
Franța	1666	1563	52,3	45,2	15,2	3,5
Germania	1560	1460	41,0	55,2	16,3	3,8
Grecia	590	758	49,5	44,6	20,7	5,9
Irlanda	1198	1201	72,3	13,7	4,3	14,0
Italia	978	1109	56,4	43,6	13,1	0
Luxemburg	1965	1810	50,0	49,3	10,6	0,7
Olanda	1240	1287	70,7	28,0	11,7	1,3
Portugalia	669	980	50,4	48,1	17,8	1,5
Spania	671	800	58,4	38,0	24,0	3,6
Suedia	1533	1315	50,4	47,5	13,6	2,1
Regatul Unit	1296	1245	67,1	32,6	5,2	0,3

Sursa: calculat pe baza datelor privind prestațiile în sistemele naționale de îngrijire a sănătății, exprimate în moneda națională a fiecărei țări, publicate în: Eurostat, European Social Statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-1999.

Datele arată, în același timp, că în multe țări accentul este pus pe furnizarea de servicii în ambulatoriu, ceea ce înseamnă practicarea pe scară extinsă a medicinei preventive și opțiunea pentru tratamente de specialitate în afara unităților spitalicești care este mai costisitoare comparativ cu cele furnizate în ambulatoriu. Astfel, o pondere a serviciilor de sănătate furnizate în ambulatoriu, situată în jurul a 50% din totalul serviciilor de sănătate s-a înregistrat în Germania - 55,2%, Finlanda - 52,4%, Luxemburg - 49,3%, Portugalia - 48,1%, Suedia - 47,5%, Austria - 45,6%, Franța - 45,2% etc.

Se cuvine o remarcă în ceea ce privește prestațiile concretizate în furnizarea de medicamente (suportate din bugetele sănătății). Conform estimărilor noastre, aceste ponderi sunt foarte diferite de la o țară la alta. În unele țări ponderea medicamentelor ajunge la o pătrime (Spania) sau la o cincime (Grecia) din totalul prestațiilor de sănătate în natură. În alte țări, această pondere este sub 10% (Irlanda: 4,3%, Regatul Unit: 5,2%, Danemarca: 8,0%, Finlanda: 8,5%. Desigur, aceste ponderi sunt rezultatul jocului cifrelor în valoare absolută pe baza cărora se determină structura. Totuși, se poate afirma și faptul că ponderi mai scăzute pentru medicamente în ambulatoriu se întâlnesc în țări care au sisteme de sănătate organizate ca servicii naționale de sănătate finanțate din taxe și impozite.

Modul concret în care, pe de o parte, se structurează prestațiile de sănătate furnizate sub forma serviciilor în natură, iar pe de altă parte, ele ajung la beneficiari depinde în mare măsură de:

- principiul care stă la baza construcției sistemului de sănătate (asigurare socială sau sistem finanțat din resursele generale ale bugetului public);
- gradul de cuprindere (beneficiari potențiali);
- tipul de prestații furnizate și dacă și în ce proporție beneficiarul plătește o parte din tariful fiecărui serviciu etc.

3.3. Elemente definitorii ale prestațiilor de sănătate, pe țări

Informațiile pe care le cuprinde acest paragraf provin din legislația fiecărui stat, din documente ale UE, precum și din literatura de specialitate. Ele se referă la accesul populației la principalele prestații medicale care se efectuează, în mod obișnuit, în cadrul sistemelor de sănătate:

- tratament medical (alegerea medicului, accesul la medicul specialist, sistemul de plată al medicilor și de participare a pacienților la plata serviciului);
- tratamentul în spital (alegerea spitalului, participarea pacientului la plata serviciului);
- servicii stomatologice;
- accesul la medicamente.

Pentru a oferi o imagine completă asupra acestui subiect și pentru a avea elemente de judecată în evaluarea gamei, dimensiunii și structurii prestațiilor, este necesară mai întâi prezentarea unor informații referitoare la principiul de construcție al schemei (asigurare socială care acoperă pe cei asigurați, serviciu național de sănătate finanțat din taxe și impozite sau o combinație a acestora) și la beneficiarii potențiali.

3.3.1. Principii de bază

Austria	Schemă de asigurare socială obligatorie pentru salariați și grupuri asimilate.
Belgia	Schemă de asigurare socială obligatorie pentru salariați și grupuri asimilate.
Danemarca	Servicii publice de sănătate, universale pentru toți locuitorii (accesul bazat pe rezidență).
Finlanda	Servicii publice de sănătate, universale pentru toți locuitorii (accesul bazat pe rezidență) furnizate la nivel local. Sunt finanțate din impozite și taxe plătite de pacienți. Îngrijirea în sistem privat suplimentează schema publică. Serviciile de sănătate în sistem privat sunt parțial finanțate prin asigurare de boală.
Franța	Schemă de asigurări sociale obligatorii cu afiliere bazată în primul rând

	pe criterii profesionale (salariați, lucrători pe cont propriu) și în al doilea rând pe rezidență.
Germania	Schemă de asigurări sociale obligatorii pentru salariați și categorii de persoane asimilate care câștigă venituri până la un anumit nivel și plătesc contribuții legate de venit. Solidaritatea se realizează între: - asigurații cu venituri înalte și asigurații cu venituri scăzute; - tineri și vârstnici; - persoane bolnave și persoane sănătoase; - persoane singure și familii.
Grecia	Schemă de asigurări sociale obligatorii pentru salariați și grupuri asimilate.
Irlanda	Servicii de sănătate finanțate din impozite pentru toți locuitorii (bazate pe rezidență).
Italia	Servicii de sănătate acordate tuturor locuitorilor, finanțate din impozite (bazate pe rezidență).
Luxemburg	Schemă de asigurare de sănătate obligatorie pentru populația activă (salariați și lucrători pe cont propriu) și beneficiarii de o prestație de securitate socială.
Olanda	Asigurare în cadrul Legii asigurărilor de sănătate. Orice persoană care îndeplinește criteriile stabilite de lege este în mod automat asigurată și trebuie să plătească o contribuție statutară. A fost, de asemenea, adoptată o asigurare generală pentru riscuri serioase (îngrijire în cămine de bătrâni, în spitale de psihiatrie, în instituții pentru persoane cu handicap fizic sau mental, îngrijire la domiciliu). Toți rezidenții sunt asigurați.
Portugalia	Servicii publice de sănătate finanțate din impozite pentru toți locuitorii.
Spania	Servicii publice de sănătate finanțate din impozite pentru salariați, grupuri asimilate și membrii familiilor acestora.
Suedia	Servicii publice de sănătate finanțate din impozite pentru toți locuitorii (bazate pe rezidență) în responsabilitatea instituțiilor la nivel regional.
Regatul Unit	Sistem național de sănătate deschis tuturor rezidenților, finanțat din impozite.
România	Schemă de asigurare de sănătate obligatorie.

3.3.2. Beneficiari de servicii medicale

Austria	Salariații și dependenții (soțul/soția și copiii dacă nu au propria asigurare). Pensionarii. Șomerii care primesc prestații din fondul de șomaj. Participantii la cursurile de calificare profesională. Persoanele aflate în serviciul militar și funcționarii publici. Membrii de familie care lucrează în unități ale lucrătorilor pe cont propriu. Persoanele care nu au un contract formal de ocupare dar care lucrează efectiv ca un salariat (de ex. prestează servicii pentru ei înșiși, fără a exista o structură organizatorică proprie). Persoane asigurate voluntar.
---------	--

Belgia	Toți lucrătorii salariați și categoriile asimilate acestora, cum sunt: - pensionarii (inclusiv persoanele văduve, orfani și persoane aflate în dificultate);
	- șomerii; - persoanele cu handicap; - studenții din învățământul superior; - anumiți membri ai preoțimii și ai comunităților religioase; - persoanele înscrise într-un registru național ca indivizi; - anumiți membri ai serviciului public din Africa.
Danemarca	Toți rezidenții.
Finlanda	Toți rezidenții.
Franța	Toți salariații sau persoanele asimilate acestora. Lucrătorii nesalariați și lucrătorii salariați care aparțin anumitor scheme neacoperite de schema generală. Pensionarii. Șomerii. Anumite persoane care sunt incluse în schema generală cum ar fi: beneficiarii de alocație pentru un singur părinte; pentru adult cu handicap; de venit minim garantat (insertie); studenți; preoți și membrii ai unor congregații religioase; prizonieri etc. Toate persoanele cu rezidență permanentă în Franța care nu au avut nici o altă acoperire cu prestații în natură din sistemul de asigurări de sănătate.
Germania	Toate persoanele salariate și cei care urmează cursuri de pregătire profesională, instructorii. Pensionarii cu o perioadă de asigurare suficientă. Șomerii care primesc prestații din fondul de asigurare de șomaj. Persoane cu handicap aflați în ocrotire. Instructorii din instituțiile de reabilitare profesională ca și persoanele care se pregătesc pentru anumite ocupații în instituții de pregătire specială de asistare a tinerilor. Studenții din învățământul superior recunoscut. Fermierii și membrii din familiile acestora care îi ajută. Artiști și scriitori. Cei care se asigură în mod individual. Dependenții de persoanele asigurate.
Grecia	Salariații și persoanele asimilate lor. Pensionarii. Șomerii
Irlanda	Toate persoanele "rezidente în mod obișnuit" în Irlanda.
Italia	Toți italienii rezidenți sau detașați în străinătate pentru motive profesionale. Toți rezidenții UE, cu excepția acelor care au dreptul la îngrijirea sănătății în cadrul unor instituții corespunzătoare din alte state membre ale UE, potrivit Regulamentului EEC 1408/71. Cetățenii din spațiul exterior UE și membrii dependenți din familiile acestora, dacă sunt posesori ai unui permis de rezidență emis pentru unul din motivele de rezidență cuprinse în înregistrarea obligatorie la Serviciul Național de Sănătate.

	Rezidenții italieni și nerezidenții din UE și membrii dependenți ai familiilor acestora, care sunt angajați sau sunt lucrători pe cont propriu în Italia. Cetățenii din afara UE membrii dependenți ai familiilor lor, înregistrați la Serviciul Național de Sănătate, potrivit unui acord de securitate socială încheiat cu țara lor de origine.
Luxemburg	Toți salariații și lucrătorii pe cont propriu. Pensionarii. Persoane care încasează un venit de înlocuire din care sunt scăzute contribuțiile. Beneficiarii de un supliment la venitul minim garantat. Alte grupuri de persoane specificate.
Olanda	Toate persoanele angajate, sub 65 de ani. Toți lucrătorii pe cont propriu sub 65 de ani al căror venit impozabil este mai mic de 18696 euro pe an. Beneficiarii de prestații sociale cu vârste de până la 65 de ani. Beneficiarii de pensii pentru incapacitate de muncă dacă incapacitatea este mai mare de 45%; beneficiarii de pensii de văduvie sau de orfan. Beneficiarii de ajutoare de șomaj calculate până la 70% din venitul de referință dacă au fost membrii ai unei scheme de asigurare obligatorie. Persoanele de 65 de ani și peste dacă au fost asigurate prin legea asigurărilor de sănătate înainte de a fi împlinit vârsta de 65 de ani.
Portugalia	Toți rezidenții. De asemenea, cei care sunt acoperiți de aplicarea principiului reciprocității în ceea ce privește naționalii din alte state.
Spania	Salariații și cei asimilați acestora. Pensionarii și cei care încasează, în mod regulat, prestații sociale. Toți rezidenții cu mijloace de existență insuficiente.
Suedia	Toți rezidenții.
Regatul Unit	Toți rezidenții.
România	Persoanele asigurate (cetățeni români cu domiciliul în țară și cetățeni străini cu rezidența în România), care plătesc o contribuție lunară pentru asigurările sociale de sănătate. Persoane care beneficiază de asigurare de sănătate fără plata contribuției: - copii și tinerii până la vârsta de 26 de ani dacă sunt elevi, studenți și dacă nu realizează venituri din muncă; - persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă sau se află în grija familiei; - soțul, soția, părinții și bunicii, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate; - persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118 din anul 1990 (persecutate din motive politice, deportate în străinătate și constituite în prizonieri), Legea nr. 44/1994 (referitoare la veteranii de război, invalizii și văduvele de război) și Legea nr. 42/1990, art. 2 (referitoare la drepturile urmașilor eroilor martiri din decembrie 1989, ale celor care au dobândit calitatea de revoluționar). Din enumerarea de mai sus rezultă că teoretic întreaga populație are acoperire cu servicii de sănătate, cu condiția să aibă calitatea de asigurat cu sau fără plata contribuției.

3.3.3. Prestații medicale

În acest paragraf sunt prezentate modalitățile prin care potențialii beneficiari de prestații de îngrijire a sănătății din țările membre ale UE și din România au acces la servicii din medicina primară, secundară (la medicul specialist), la îngrijire în spital și la medicamente și cine plătește sau suportă costul serviciului respectiv: o terță parte (case de asigurare, direct din resurse de la bugetul central sau local) și/sau pacientul. Modalitățile de plată a serviciilor medicale furnizate pacienților au legătură directă cu principiul de construcție și sursele de finanțare a sistemului din fiecare țară.

3.3.3.1. Tratamentul medical

• Accesul la medicul de medicină primară

Austria	Alegerea liberă a unui doctor care a încheiat contract cu casa de asigurări.
Belgia	Alegerea liberă a doctorului. Plata directă a furnizorului de îngrijire medicală dacă beneficiarul este spitalizat.
Danemarca	Categoria 1. Alegerea liberă a unui doctor (o dată pe o perioadă de 6 luni) înregistrat în district. Categoria 2. Alegerea liberă a doctorului.
Finlanda	Posibilități limitate de alegere numai în cazul spitalelor și centrelor de sănătate din sistemul public. Alegere liberă a doctorului.
Franța	Alegerea liberă a doctorului.
Germania	Alegerea liberă a unui doctor care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate.
Grecia	Nu sunt precizări cu privire la alegerea medicului. Asiguratul merge la un doctor de la asigurările locale.
Irlanda	Persoanele cu eligibilitate completă trebuie să aleagă de pe o listă a doctorilor de medicină generală din zonă care sunt în schema publică. Persoanele cu eligibilitate limitată aleg propriul lor doctor.
Italia	Alegere liberă a medicului de medicină generală dintre cei aprobați pentru regiune. Alegerea este confirmată afară de cazul în care asiguratul decide altfel.
Luxemburg	Alegerea liberă a doctorului pentru fiecare boală.
Olanda	Alegerea liberă a unui doctor (de două ori pe an) care a încheiat un contract cu o casă de asigurări de sănătate.
Portugalia	Alegere liberă a medicului de medicină generală/specialist care lucrează fie în centre de sănătate, fie în cadrul unui acord.
Spania	Alegere liberă a medicului de medicină generală, pediatru sau specialist din zonă; nu este prevăzut un număr maxim permis de pacienți pe lista doctorilor.
Suedia	Alegere liberă a doctorilor de medicină generală din sectorul public și privat afiliați la un consiliu local al doctorilor.
Regatul Unit	Alegere liberă de către pacient (sau părinte/tutore), care trebuie acceptat de către doctor. Dacă un pacient nu poate găsi un doctor care dorește să-l accepte, autoritatea de sănătate înscrie pacientul pe lista unui doctor.

România	Alegere liberă de către asigurat a medicului de familie.
---------	--

• *Accesul la medicii specialiști*

Austria	În general este cerută o recomandare din partea medicului de medicină generală.
Belgia	Alegere liberă.
Danemarca	Categoria 1. Medicul generalist recomandă fiecare caz particular către specialist. Categoria 2. Alegere liberă.
Finlanda	Se cere o recomandare din partea medicului de familie.
Franța	Acces liber la medicul specialist.
Germania	Alegere liberă a unui medic dintre cei care au încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate.
Grecia	În anumite condiții.
Irlanda	Prin recomandare efectuată de medicul de medicină generală.
Italia	Este necesară o recomandare efectuată de medicul de medicină generală pentru medici specialiști care activează în Centrele de sănătate locale.
Luxemburg	Nu există nici o restricție pentru a fi consultat de un medic specialist.
Olanda	Acces prin recomandare efectuată de medicul de medicină generală.
Portugalia	Conform reglementărilor, se cere o recomandare din partea medicului de medicină generală. Dacă pacientul consultă direct un medic specialist, el trebuie să plătească o parte mai mare din costul consultației, iar medicul specialist poate primi o finanțare de nivel mai scăzut.
Spania	Acces la oricare specialist din cadrul Serviciului Național de Sănătate.
Suedia	Este posibil accesul direct, dar este de preferat o recomandare din partea medicului de medicină generală.
Regatul Unit	Prin medicul de familie. Nu este permis accesul direct la medicul specialist.
România	Asistența medicală de specialitate ambulatorie se acordă persoanelor asigurate care au obținut anterior o recomandare de la medicul de familie, pacientul având posibilitatea alegerii libere a unui medic specialist acreditat.

• *Tratament medical. Plata medicului*

Austria	Persoana asigurată nu plătește nici un tarif, plata este făcută de casa de asigurări de sănătate.
Belgia	Persoanele asigurate plătesc în avans tariful și, în cazuri excepționale, participă și casa de asigurare. Decontarea se face conform unui acord sau la o rată oficială.
Danemarca	Plata doctorului se face de asigurările publice de sănătate, la nivel regional.
Finlanda	Doctorii din spitalele publice și din centrele de sănătate sunt angajați de către municipalitate.
Franța	Persoanele asigurate plătesc în avans tariful. Decontarea se face conform unui acord sau la o rată oficială.
Germania	Sistemul furnizează în principiu prestații în natură. Persoanele asigurate nu plătesc nimic. Tarifele sunt plătite de Asociația Medicilor de Casă (de asigurare). Pacienții care sunt asigurați voluntar pot alege contravaloarea costului serviciului de sănătate în locul prestației în natură.

Grecia	Nu se plătește un tarif.
Irlanda	În cazul persoanelor cu eligibilitate completă, medicii generaliști sunt plătiți un tarif per capita de la organismul local responsabil cu sănătatea. În cazul persoanelor cu eligibilitate limitată, tariful se plătește direct medicului generalist. Medicii specialiști din spitalele publice sunt angajați cu salariu și sunt, de asemenea, liberi să lucreze în sistemul privat.
Italia	Persoana asigurată nu plătește nimic pentru tratament, dar medicii primesc de la organismul regional o sumă fixă (<i>flata-rate lump sum</i>) pe persoană asigurată.
Luxemburg	Persoana asigurată plătește în avans un tarif care este apoi decontat de casa de asigurări de sănătate.
Olanda	Prestații în natură: nici un tarif. Plată directă (sumă fixă pe o persoană asigurat) efectuată de casa de asigurări de sănătate.
Portugalia	Nu se plătește nici un tarif (Serviciu Național de Sănătate).
Spania	Nu se plătește un tarif.
Suedia	Pacientul plătește o parte din costul serviciului. Doctorul, dacă este un generalist privat, primește diferența de tarif de la autoritățile de sănătate regionale.
Regatul Unit	Pacienții nu plătesc nici un tarif pentru serviciile furnizate de Serviciul Național de Sănătate.
România	Persoana asigurată nu plătește nimic pentru serviciul prestat de doctor. Pata medicilor de familie se face de către Casa de Asigurări după o formulă care combină plata "per capita" cu tariful pe serviciul medical acordat asiguraților.

• *Tratament medical. Participarea pacientului¹*

Austria	Pacienții plătesc o contribuție de 3,63 euro pentru fiecare rețetă de tratament la un doctor sau la un dentist. Se plătește 20% dintr-un tarif convenit pentru o prestație furnizată de un psihoterapeut sau de un psiholog.								
Belgia	Persoana asigurată trebuie să plătească o parte din tarif (care nu trebuie să depășească 25%) pentru îngrijirea medicală primară. În principiu, pentru prestații de natură tehnică, pacientul nu participă cu nici o parte din tarif. În plus, față de o sumă plătită de însăși persoana asigurată anual, așa-numitul plafon maxim, anumite categorii de asigurați vor beneficia în continuare de servicii de îngrijire a sănătății gratuite. Există o taxă de despăgubire/rambursare pentru toți asigurații ale căror plăți personale depășesc un anumit plafon (<i>tax ceiling</i>), care variază în funcție de venitul gospodăriei. Sunt excluse de la plafonare maximă și de la taxa aferentă, medicamentele (excepție cat. A și B incluse în plafonare maximă). În termeni concreți, se aplică următoarele venituri și plafoane: <table> <tr> <td>- plafonul social</td><td>450 euro</td></tr> <tr> <td>- până la 13386 euro (venituri mici)</td><td>450 euro</td></tr> <tr> <td>- de la 13686 euro până la 20575 euro (venituri modeste)</td><td>645 euro</td></tr> <tr> <td>- de la 20575 euro până la 27764 euro</td><td>992 euro</td></tr> </table>	- plafonul social	450 euro	- până la 13386 euro (venituri mici)	450 euro	- de la 13686 euro până la 20575 euro (venituri modeste)	645 euro	- de la 20575 euro până la 27764 euro	992 euro
- plafonul social	450 euro								
- până la 13386 euro (venituri mici)	450 euro								
- de la 13686 euro până la 20575 euro (venituri modeste)	645 euro								
- de la 20575 euro până la 27764 euro	992 euro								

¹ Există și excepții sau reduceri de la participarea pacienților la acoperirea tarifelor unor prestații medicale în unele țări, aceștia fiind în general persoane defavorizate. Datele prezentate constituie însă regula generală care se aplică în fiecare țară.

	- de la 27764 euro până la 34705 euro 1388 euro - de la 34705 euro până la 49579 euro 1785 euro - de la 49579 euro și peste 2479 euro
Danemarca	Categoria 1. Nici o participare. (Tratament recomandat de medicul generalist sau de medicul specialist, la care pacientul face apel). Categoria 2. Partea de cheltuieli care depășește suma fixată de schema publică pentru categoria 1.
Finlanda	În cazul centrelor de sănătate: - pentru serviciile medicilor maximum 11 euro pentru primele trei vizite într-un an calendaristic sau o taxă anuală de maximum 22 euro pentru 12 luni în funcție de municipalitate; cea mai mare parte a celorlalte servicii sunt gratuite. În plus, se plătește o taxă de 15 euro pentru o vizită la domiciliu din partea centrului, în timpul nopții și la sfârșit de săptămână. În cazul medicilor particulari: - pacientul plătește un tarif de bază al doctorului care, atât timp cât nu depășește un tarif fixat, este compensat în proporție de 60% în fondul de asigurări de sănătate. Pentru costul tratamentelor prescrise de alt corp medical, participarea pacientului este de 13,46 euro și 25% din ceea ce depășește suma în cadrul unui tarif fixat.
Franța	Persoana asigurată participă cu sume reprezentând: - 30% din tariful doctorilor; - 25% din tarif pentru consultație în spital; - 20% din tarif pentru tratament în spital.
Germania	Nici o participare în cazul tratamentului efectuat la medicii care au contract cu casele de asigurări, cu excepția unor cazuri speciale de tratament (de exemplu: masaj, fizioterapie) care constituie ca parte a curei prescrise pentru care pacientul plătește 15% din tarif.
Grecia	Nici o participare.
Irlanda	Persoanele cu eligibilitate completă beneficiază gratuit de o gamă completă de servicii oferite de medicul generalist, inclusiv de medicamentele prescrise. Persoanele cu eligibilitate limitată pot beneficia gratuit de serviciile medicului specialist în spitalele publice. Există un număr de scheme care furnizează asistență în legătură cu costul medicamentelor. Pacienții care optează pentru tratament privat, chiar în spitale publice, plătesc tariful medicului specialist și costul spitalizării.
Italia	Persoanele asigurate plătesc până la 36 euro pentru fiecare test efectuat sau pentru fiecare vizită la un specialist, la un psihoterapeut sau pentru o cură de ape; pot fi recomandate maximum 8 servicii în cadrul aceluiași domeniu specializat și maximum 6 pentru medicina sportivă sau de reabilitare.
Luxemburg	Persoanele asigurate plătesc 20% din tariful obișnuit pentru prima vizită în cadrul oricărei perioade de 28 de zile; 5% pentru alte vizite sau consultații. Persoanele asigurate plătesc 5% din cheltuielile de tratament medical până la un plafon de 43,90 euro (maximum 2,21 euro per vizită). Această măsură nu se referă la tratamentele de hemodializă, chimioterapie și radioterapie. Nici un fel de contribuție în caz de spitalizare.
Olanda	Nici o participare conform Legii asigurărilor de sănătate. Conform Legii privind cheltuielile medicale excepționale, persoanele asi-

	gurate de peste 18 ani plătesc o contribuție de 1,708 euro pe lună în caz de îngrijire la domiciliu.
Portugalia	Cote variabile de participare a persoanelor asigurate se stabilesc de guvern.
Spania	Nici o participare.
Suedia	Persoana asigurată plătește între 11 și 16 euro pentru o vizită la un doctor. Pentru îngrijirea acordată de un medic specialist pacientul plătește între 16 și 27 euro. Cazurile de urgență cu tarife cuprinse între 11 și 28 euro.
Regatul Unit	Pentru serviciile acordate pacienților în cadrul Serviciului Național de Sănătate nu se plătește nimic, dar pacientul participă în cazul rețetelor și pentru ale prestații.
România	Persoanele asigurate nu au nici o participare.

3.3.3.2. Tratatamentul în spital

• Alegerea spitalului

Austria	Alegere liberă a unui spital public, dacă acest lucru nu duce la creșterea costurilor.
Belgia	Alegere liberă a unui spital dintre cele aprobate.
Danemarca	Alegere liberă a unui spital dintre cele aprobate.
Finlanda	Spital public: în mod normal, din raza în care pacientul își are domiciliul, pe baza unei trimeri. Spital privat: alegere liberă.
Franța	Alegere liberă a unui spital public sau a unui spital privat (aprobat).
Germania	Alegere liberă a unui spital dintre cele aprobate. Tratatamentul în spital presupune mai întâi acordul unui medic (cu excepția cazurilor de urgență).
Grecia	Persoana asigurată are dreptul la spitalizare într-un spital public sau într-o clinică aflată pe lista aprobată de institutul de asigurare sau într-un spital al institutului de asigurare.
Irlanda	Cu recomandare din partea medicului generalist/specialist.
Italia	Alegere liberă a unui spital public sau privat dintre cele care desfășoară activitate în cadrul schemei.
Luxemburg	Alegere liberă a spitalului (pentru spitale din străinătate este necesară aprobarea casei de asigurări).
Olanda	Alegere liberă a spitalului sau a instituției aprobate de Ministerul Sănătății. Accesul trebuie autorizat de Casa de Asigurări de Sănătate.
Portugalia	Alegere liberă a unui spital public, iar dacă există o listă de așteptare, instituția este aprobată de Ministerul Sănătății.
Spania	Alegerea nu este liberă.
Suedia	Alegere liberă în cazul spitalelor publice regionale și al instituțiilor de sănătate private care au aprobare.
Regatul Unit	Pe baza negocierii cu medicul de familie. În mod normal, medicul de familie alege spitalul cel mai potrivit pentru nevoile pacientului.

România	Accesul la tratament în spital al unei persoane asigurate se află sub controlul medicului de îngrijire ambulatorie, în sensul că asistența medicală spitalicească se asigură în situații justificate din punct de vedere medical, că problemele de sănătate nu pot fi rezolvate prin asistență medicală ambulatorie. Alegere liberă de către pacient a spitalului. Nu există restricții geografice.
---------	--

• *Spitalizarea. Participarea pacientului¹*

Austria	Cheltuielile de spitalizare sunt complet acoperite în cadrul general al scalei de tarife dintr-un spital public sau privat (care a încheiat un contract), cu excepția unei participări minore de maximum 7,63 euro pe zi. Pentru spitalizarea unui dependent (de cel asigurat), se plătește 10% din tarif. Poate fi cerută o participare anuală de 10, 90 euro (Cu o trimitere din partea doctorului) sau de 18, 17 euro (fără trimitere) până la maximum 72,67 euro pentru fiecare vizită la un centru de îngrijire în ambulatoriu.
Belgia	Se restituie în totalitate plata în avans a pacientului (instituția publică responsabilă). Excepție, participarea cu 12,07 euro pe zi. Dacă internarea este într-un spital de psihiatrie pentru o perioadă mai mare de 5 ani se achită 20,23 euro. Contribuție fixă plătită de persoanele asigurate pentru îngrijire în case de bătrâni, cămine de îngrijire (nursing home), cămine pentru bolnavi psihici, centre de îngrijire zilnică (aprobate). Tariful de admisie: 39,34 euro.
Danemarca	Spitalele publice și instituțiile medicale private aprobate: nici o plată. Internarea în instituții medicale private neaprobate: pacienții plătesc în totalitate costul spitalizării.
Finlanda	Spitale publice: Tariful pentru o vizită în ambulatoriu este 22 euro, pentru o intervenție chirurgicală 72 euro. Spitale private: O parte din tariful doctorului și costurile de examinare și de îngrijire sunt rambursate de asigurările de sănătate.
Franța	Participarea persoanei asigurate: în general 20%. Tariful de spitalizare: 110 euro pe zi, inclusiv pentru ziua de ieșire din spital.
Germania	Spitalizare gratuită într-un cameră obișnuită, cu excepția plății unui tarif de 9 euro pe zi calendaristică pentru o durată de maximum 14 zile.
Grecia	Nici o participare, în caz de spitalizare, pentru persoanele asigurate.
Irlanda	Persoanele cu eligibilitate completă: nici o plată. Persoanele cu eligibilitate limitată: 33 euro pe noapte într-o instituție publică până la maximum 330 euro într-un interval de 12 luni consecutive. Persoanele care se internează într-o secție pentru accidentați, direct fără să fi fost trimiși de medicul lor, plătesc 31,70 euro pentru prima vizită indiferent de forma de asistență acordată. Nu se plătește nimic în cazul serviciilor în ambulatoriu. În caz de internare în spitale / case de îngrijire private, pacientul suportă

¹ Există și excepții sau reduceri de la participarea pacienților la acoperirea tarifelor unor prestații sau servicii de spitalizare, acestea fiind, în general, persoane defavorizate. Datele prezentate constituie însă regula generală care se aplică în fiecare țară.

	în întregime costurile. Se poate acorda o subvenție pentru costurile de întreținere în anumite case de îngrijire. Tratamentul bolilor infecțioase este gratuit pentru toate persoanele.
Italia	Asistență gratuită.
Luxemburg	Participare la costurile de întreținere: 8,87 euro pe zi de spitalizare și pentru o perioadă maximă de 30 de zile.
Olanda	Nici o participare în cazul în care condițiile de spitalizare sunt mai modeste.
Portugalia	Nici o participare în unitățile din sistemul public (sau privat dacă există recomandarea doctorului). Dacă internarea s-a făcut într-un salon privat ales de beneficiar, ca și într-un spital privat, beneficiarii suportă costul complet.
Spania	Spitalizarea pentru intervenții chirurgicale: complet gratuită. Pentru alte motive: Internările sunt autorizate de organismul de administrare, fie în mod automat sau pe baza recomandării medicale în urma diagnosticului, fie din cauză că pacientul suferă de o boală transmisibilă sau are un comportament care impune o supraveghere constantă.
Suedia	Pacientul va plăti maximum 8,62 euro pentru 24 ore.
Regatul Unit	Nici o participare, cu excepția cazurilor în care pacientul solicită condiții speciale sau pentru tratamente care nu sunt necesare din punct de vedere clinic.
România	Nici o participare, cu excepția: - serviciilor furnizate în camere cu un standard mai înalt de confort; - serviciilor speciale, de exemplu: fertilizarea <i>in vitro</i> ; - serviciilor furnizate la cererea beneficiarului; - serviciilor de tratament în sanatorii balneare pentru care pacienții asigurați plătesc o contribuție de 25-30% din costul unei zile de spitalizare.

3.3.3.3. Îngrijire stomatologică

• Tratament stomatologic

Austria	Tratamentul stomatologic este gratuit, potrivit statutului. Tratamentul cuprinde tratamentele de conservare, chirurgicale și ortodontice. Contribuția pacienților sau a membrilor de familie pentru tratamentul ortodontic este cuprins între 25% și 50%. De la 01.01.1997 este percepută o contribuție de 3,63 euro pentru fiecare tratament autorizat (cu excepția copiilor, pensionarilor și a celor săraci). Pentru alte tratamente și servicii (de exemplu, coroane) subvenția fondului de asigurare este cuprinsă între 24 euro și 215 euro pe o unitate.
Belgia	Cuprinde tratamentul preventiv și de conservare, extracții, proteze dentare și tratament ortodontic. Se restituie: Costul tratamentului (vezi: îngrijirea stomatologică). Costul coroanelor dentare etc. în proporție de până la 100% cu aprobarea doctorului din sistemul de asigurare, dacă pacientul este în vârstă de peste 50 de ani sau este mai tânăr, dar este afectat de suferințe care justifică intervenția sistemului de asigurări de sănătate.

Danemarca	Cost aferent persoanelor asigurate din ambele categorii: Între 35% și 60% din costul tratamentelor incluse pe listă. 100% din costul tratamentelor neincluse pe listă. Tratamentul este gratuit pentru copii și parțial acoperit pentru persoanele cu handicap.
Finlanda	• Centre de sănătate Pacientul plătește în mod normal un tarif în concordanță cu un tarif de bază și cu un tarif fixat pentru fiecare intervenție. Centrelor de sănătate li se permite să-și stabilească propriile tarife în cadrul anumitor limite. Toate sunt mai mici decât cele practicate de stomatologii particulari. Persoanele sub vârsta de 18 ani și veteranii de război primesc tratament dentar gratuit. • Asigurare de sănătate Cheltuielile sunt parțial compensate pentru persoanele născute începând cu anul 1946. Pentru consultație și tratament rata de compensare este de 60% din tariful fixat până la o limită specificată. Nu se face nici o restituire în cazul tratamentului orto- sau prostodontic. Pentru alte persoane costul tratamentului este parțial restituit numai dacă îngrijirea a fost cerută de tratarea unei boli, alta decât cea dentară.
Franța	Cuprinde tratamentul preventiv și de conservare, extracțiile dentare și (cu aprobare) tratamentul ortodontic. Se restituie partea fixată din tarif ca și în cazul îngrijirii medicale. Partea suportată de persoana asigurată este de 30%.
Germania	Există un sistem de măsuri de îngrijire profilactică destinate prevenirii bolilor dentare, pentru persoanele în vârstă de până la 18 ani. Compensare completă a tratamentului conservativ și chirurgical necesar. Compensare completă pentru îngrijirea ortodontică necesară persoanelor asigurate care nu au împlinit vârsta de 18 ani.
Grecia	Ca în cazul îngrijirii sănătății.
Irlanda	Nu plătesc nimic persoanele cu eligibilitate completă, copiii sub 6 ani și cei de până la vârsta de 16 ani care participă sau care au urmat cursurile unei școli naționale. Persoanele care plătesc contribuție de asigurări sociale (legate de venit) și soțul/soția acestora sunt îndreptățite să primească îngrijire stomatologică completă sau subvenționată pentru o gamă limitată de tratamente. Persoanele asigurate care satisfac anumite condiții nu plătesc nimic pentru examinare și control. Pacienții plătesc pentru extracții și alte servicii. Pacienții care nu se încadrează în nici una din categoriile de mai sus plătesc în întregime tariful.
Italia	Tratament gratuit în centrele Serviciului Național de Sănătate și la doctorii autorizați.
Luxemburg	Cuprinde tratamentul preventiv și de conservare, extracțiile, tratamentul ortodontic și protezele. Se restituie tariful stabilit prin acorduri colective. În plus rambursare în proporție de 95% din suma de 35,57 euro care a fost plătită în totalitate.

Olanda	Cuprinde îngrijirea preventivă, aplicații cu fluor de două ori pe an pentru copii de la vârsta de 6 ani, tratament periodontal și chirurgical. Pentru adulți, cuprinde îngrijirea preventivă (un control de cel puțin o dată pe an), tratament dentar și chirurgical.
Portugalia	Alegere liberă dintre specialiștii sectorului privat.
Spania	Cuprinde extracțiile dentare și anumite tipuri de tratament. În cazul unui accident de muncă sau de boală profesională sunt acoperite intervențiile chirurgicale orale sau faciale.
Suedia	Îngrijirea danturii pentru persoanele cu vârste până la 20 de ani este gratuită în centrele stomatologice publice. Asigurarea pentru îngrijirea stomatologică este împărțită pe de o parte în îngrijirea de bază (control, tratamentul cariilor și rădăcinilor și servicii de urgență) și în tratamente protezice și ortodontice pe de altă parte. Fixarea prețurilor este liberă iar furnizorul de servicii stabilește contribuția pacientului. Pentru îngrijirea de bază Oficiul Asigurărilor Sociale plătește furnizorului de servicii o subvenție de nivel fix stabilită de guvern. Pacientul plătește diferența. Îngrijirea de bază poate fi subvenționată - un preț total stabilit plătitibil pentru îngrijirea pe parcursul unei perioade de doi ani.
Regatul Unit	Participare proporțională a NHS în cadrul Serviciului General Stomatologic, care include consultația. 80% din costul tratamentului în desfășurare până la o sumă maximă de 575 de euro. Gratuitate pentru: - femeile însărcinate sau care au născut în ultimele 12 luni și au început tratamentul, persoanele sub 18 ani; - persoanele sub 19 ani care urmează cursurile de zi în sistemul de învățământ; - persoanele (și părinții lor) beneficiare de ajutor social, alocație de șomaj, alocații familiale și bolnave înscrise pe lista NHS de scutire de taxe. Persoanele cu venituri scăzute pot primi sprijin pentru acoperirea costului tratamentului. Totuși, tratamentul stomatologic în spital și serviciile stomatologice ale comunității sunt gratuite cu excepția coroanelor dentare.
România	Casele de asigurări acoperă: - 100% din costul tratamentului pentru copiii sub 18 ani; - 60% din cost pentru persoanele asigurate care merg la un tratament periodic; - 40% din cost pentru persoanele asigurate care nu merg la un tratament periodic.

• *Proteze dentare*

Austria	Protezele dentare (indispensabile) sunt gratuite, potrivit contractului. Contribuția pacientului sau a membrilor familiilor lor pentru schimbarea protezei dentare este cuprinsă între 25% și 50% din tarif.
Belgia	Asigurările de sănătate nu acoperă protezele dentare cu excepția pacienților care au vârsta de peste 50 de ani sau se află în situații medicale justificate în care limita de vârstă nu este luată în considerare.
Danemarca	Nici o plată din partea asigurărilor sociale.

Finlanda	Centre de sănătate: Numai pentru veteranii de război.
Franța	Este necesară mai întâi încheierea unui acord pentru a fi restituită asiguratului partea fixată. Persoana asigurată suportă 30% din tarif.
Germania	Pentru dantură, persoana asigurată plătește 50% din tariful tratamentului medical necesar (legat de echipament și laborator plus tariful pentru dentist). Pentru tratament de întreținere și pentru radiografii dentare persoana asigurată nu plătește nimic. Când persoana asigurată ia măsuri de menținere a unei danturi sănătoase, nivelul prestației este ridicat printr-un bonus de 10% sau 15%.
Grecia	Tratament gratuit, dar pentru proteză dentară se plătește 25% din tarif.
Irlanda	Persoanele cu eligibilitate completă beneficiază gratuit de îngrijire stomatologică. O persoană asigurată plătește o parte din tarif (cel mai adesea 50%).
Italia	Beneficiarul suportă toate cheltuielile.
Luxemburg	Protezele sunt acoperite 100%; dacă persoana asigurată nu a efectuat în mod regulat consult la un stomatolog plătește 80% din tarif. Facilități se acordă numai pentru proteze și pentru tratament stomatologic necesar.
Olanda	Pentru dantură: participarea pacientului este de 25%.
Portugalia	Pacientul plătește tariful. Se restituie 75% din tariful stabilit conform scalei oficiale.
Spania	Se acordă anumite facilități pentru proteze dentare.
Suedia	Nu se aplică.
Regatul Unit	Vezi tratamentul stomatologic la p. 51.
România	Casele de asigurări acoperă: - 100% din costul tratamentului pentru copiii sub 18 ani; - 60% din cost pentru persoanele asigurate care merg la un tratament periodic; - 40% din cost pentru persoanele asigurate care nu merg la un tratament periodic.

3.3.3.4. Produse farmaceutice

Austria	Acoperirea cheltuielilor pentru produsele farmaceutice prescrise incluse în lista produselor farmaceutice (aprobate de un organism de supraveghere medicală). Suma plătită este de până la 4,14 euro pe articol. Medicamente gratuite pentru boli infecțioase importante sau în caz de necesitate.
Belgia	Ponderea contribuției persoanelor asigurate: - categoria A (boli grave): nici una; - categoria B (medicamente obișnuite): 25%, plafon 9,30 euro; - categoria C (medicamente mai puțin utile): 50%, plafon 15,49 euro; - categoria CS (medicamente ușoare): 60%; - categoria Cx (de exemplu comprimate, pilule): 80%. Pacienții din spital: 0,62 euro pe zi. Reducere de 16% pentru compensarea produselor farmaceutice atunci când există produse generic identice. Compensarea costurilor preparatelor efectuate de farmaciști: Maximum

	părții plătite de persoana asigurată este 0,87 de euro sau 1,74 de euro. Excepție fac cele necesare unui tratament pe termen lung. Participare redusă pentru cei care beneficiază de scheme preferențiale.
Danemarca	Participarea persoanei asigurate este dependentă de cheltuielile din timpul anului: - cheltuielile sub 69 euro: 100% din cost (persoanele sub 18 ani: 50%); - cheltuielile cuprinse între 69 și 167 euro: 50%; - cheltuielile cuprinse între 167 și 390 euro: 25%; - cheltuielile peste 390 euro: 15%.
Finlanda	Spitale publice: costurile incluse în tarif. Asigurarea de sănătate. Participarea pacientului este de 8,41 euro + 50% din suma care depășește valoarea produselor prescrise de un doctor. În cazul bolilor serioase și cronice, un număr de produse farmaceutice sunt înscrise pe listă pentru care se face restituirea a 75% sau 100% din costul care depășește 4,20 euro. Dacă costul produselor farmaceutice plătit de pacient depășește suma de 594 euro într-un an calendaristic, suma peste acest nivel este returnată.
Franța	Participarea persoanei asigurate: 35% sau 65% pentru medicamente recomandate în principal pentru afecțiuni sau tulburări care în mod normal nu sunt grave. 100% pentru medicamente ușoare. Nici o participare pentru pacienții cu tratament pe termen lung, numai pentru boli specificate.
Germania	Contribuția persoanei asigurate: o participare de 4,0 euro, 4,5 euro sau 5,0 euro în funcție de mărimea pachetului de produse farmaceutice prescrise, cu excepția celor pentru copii și pentru cazurile grave. Dacă produsele farmaceutice sunt cu prețuri fixate, suma contribuției care se plătește depinde de acest preț fixat. Dacă prețul produsului depășește prețul fixat, pacientul trebuie să plătească diferența dintre prețul fixat și prețul produsului prescris, în plus față de participarea stabilită pe pachete de produse. Persoana asigurată trebuie să plătească pentru medicamente care se comercializează liber (ușoare). Anumite medicamente neecologice nu sunt plătite de asigurare. Contribuția membrilor de familie: la fel ca și cea a persoanelor asigurate.
Grecia	Participare de 25% pentru medicamentele prescrise de doctor. Participare de 10% la costul tratamentului prescris pentru anumite boli (Parkinson, Paget, Crohn etc.). Nici o participare în cazul unui accident de muncă, în perioada de tratament pe parcursul sarcinii și pentru boli cronice (cancer, diabet etc.).
Irlanda	Nici o participare în cazul persoanelor cu eligibilitate completă. Nici o participare în ceea ce privește medicamentele prescrise pentru tratament în cazul persoanelor care suferă din cauza unui handicap mental și de boli mintale (numai pentru persoanele sub 16 ani), din cauza unor boli de lungă durată (specificate). Schema privind plata medicamentelor: Nici unei persoane sau familii nu i se cere să plătească mai mult de 53 de euro pe lună pentru medicamentele prescrise.
Italia	Clasificarea medicației permise și prevăzute. Grupa A: medicamente denumite "esențiale" pentru tratamentul unor su-

	ferințe severe. Gratuite pentru toate persoanele asigurate, cu excepția celor pentru care este fixată suma în cadrul rețetei.
	Grupa B: medicamente pentru tratamentul unor suferințe serioase dar mai puțin grave decât cele cuprinse în grupa A. Gratuite pentru anumite categorii de persoane așa cum este menționat în formula referitoare la "contribuția pacientului pentru cheltuielile cu medicamentele" și pentru cei cu deficiențe. Restul populației plătește jumătate de preț. Grupa C: alte medicamente și medicamente pentru care nu se cere rețetă: Costul este suportat în întregime de persoana asigurată.
Luxemburg	Rambursare potrivit clasificării medicamentelor: - rambursare normală: 80% - rambursare preferențială 100% - rambursare redusă: 40% - produse și medicamente pentru care nu se face nici o rambursare.
Olanda	Înregistrare de persoane asigurate la un chimist care a încheiat un contract cu o casă de asigurare. Prestații în natură: Persoana asigurată are dreptul la un pachet de medicamente bun din punct de vedere calitativ, fără să fie necesar să plătească suplimentar. Acest pachet de medicamente poate fi suplimentat și suportat de casa de asigurări de sănătate până la prețul mediu pe doza standard de medicamente care aparțin unui anumit pachet medical clasificat, cu o plată suplimentară ce urmează să fie făcută de către asigurat.
Portugalia	În funcție de tipul bolii, statul contribuie cu 70% sau 40% din costul medicamentelor de pe lista oficială elaborată de serviciile de sănătate. Procentul este mai mare cu 15% pentru pensionarii ale căror pensii sunt mai mici decât salariul minim.
Spania	Beneficiarii plătesc 40% din costul medicamentelor. Există o reducere de 90% din prețul unor medicamente speciale cu o limită maximă de 2,64 euro. Nici o participare (indiferent de boală) pentru: pensionari, pacienții aflați în îngrijire în spital, rezidenții în vârstă de peste 65 de ani cu mijloace de existență insuficiente, ca și pentru cei care au urmări din cauza desfășurării unor munci sociale.
Suedia	Pacientul plătește întregul cost al medicamentelor până la 97 de euro inclusiv pe parcursul a 12 luni de la prima cumpărare. Costul cuprins între 97 și 183 de euro este subvenționat cu 50%. Costul cuprins între 183 și 356 de euro este subvenționat cu 75%. Costul cuprins între 356 și 463 de euro este subvenționat cu 90%. Costul care depășește 463 de euro este subvenționat în totalitate.
Regatul Unit	Participare cu 9,74 de euro pe articol prescris. Pentru un an (sau pentru 4 luni) poate fi făcută anticipat o plată (un fel de abonament) celor care, pentru a-și face economii substanțiale, au nevoie în mod regulat de medicamente. Costul abonamentului este de 51 de euro pentru 4 luni și de 140 de euro pentru un an. În Anglia și Scoția nu se suportă costul medicamentelor pentru: copiii sub 16 ani, tineri de 16-18 ani care urmează învățământul la cursuri de zi, persoanele peste 60 de ani, femeile gravide și femeile care au născut în ultimele 12 luni, prizonierii de război (pentru deficiențe acceptate), persoanele și partenerii lor care primesc ajutor social, alocații de șomaj etc., alte persoane cu venituri scăzute și cei care suferă din cauze specifice. În plus față de cei menționați mai sus în Țara Galilor persoanele cuprinse între 18 și 25 de ani au dreptul la rețete gratuite.

România	Există o listă de medicamente gratuite pentru tratarea anumitor boli: hepatită, HIV/SIDA, tuberculoză. Există gratuitate pentru medicamente acordate: copiilor, femeilor însărcinate și celor aflate în perioada postnatală, anumitor categorii de persoane prevăzute de legislație (de exemplu persecutați politici); Există o listă de medicamente pentru care pacienții plătesc o parte din preț (aproximativ o treime), dar în cadrul unui plafon stabilit periodic.
---------	--

Cele prezentate mai sus nu oferă elemente care să permită evaluarea "nivelului" diferitelor prestații furnizate de sistemele de sănătate. Ele arată însă dacă există sau nu un mecanism de ajustare a nivelului prestațiilor la creșterea prețurilor sau la creșterea veniturilor și măsura în care cetățenii fiecărei țări sunt acoperiți și beneficiază de prevederile legislative în domeniu. Există, desigur, diferențe (cel puțin în unele țări, așa cum este cazul României) în ceea ce privește "dreptul" la anumite prestații prevăzute de lege și modul în care prevederile legale sunt cunoscute de potențialii beneficiari și respectate de furnizori.

Această scurtă privire de ansamblu asupra mecanismelor de furnizare a prestațiilor specifice sistemului sanitar din cele 15 state membre ale Uniunii Europene și din România facilitează comparații, într-un sens mai larg, între sistemele de sănătate europene și permite înțelegerea mai bună a diferențelor în ceea ce privește starea de sănătate a populației, precum și eficiența diferitelor sisteme de sănătate.

Referințe bibliografice

- Armean, Petru, 2001, *Evoluția sistemului de sănătate în România după anul 1990*, IMSS, în: Management în sănătate, nr. 4.
- Chapon, S.; Euzéby, Ch., 2003, *Vers une convergence des modèles sociaux européens?*, în: Problèmes économiques, nr. 2801-2802.
- Council of Europe Directorate General III, Social Cohesion 2002, MISSCEO, *Comparative Tables on Social Protection in the 21 member states of the Council of Europe, Australia, Canada and New Zealand* (situation on 1 January 2002).
- Davis, Christopher, 2001, *Reformes et performances du système médical*, în: Problèmes économiques, nr. 2731.
- EUROSTAT 2001, *European Social Statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980 - 99*, Luxembourg.
- EUROSTAT 2002, MISSOC, *Comparative Tables on Social Protection in the Member States* (situation on 1 January 2002).
- Grignon, M., 2003, *Quel filet de sécurité pour la santé?*, în: Problèmes économiques, nr. 2801-2802.
- OECD, 1992, *The reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OECD Countries*.
- Pieters, Danny, 2002, *The Social Security Systems of the Member States of the European Union*, Intersentia, Antwerp - Oxford - New York.

- Poenaru, Maria, 2002, *Integrarea europeană și sistemele de sănătate*, în: Orientări actuale privind reformele în domeniul social în vederea compatibilizării cu UE, Grupul ESEN - 2, INCE / CIDE, București.
- Poenaru, Maria, 2002, *Reforma sistemului sanitar din România*, în: Revista română de economie, nr. 2.
- Poenaru, Maria, 2002, *Resurse și performanțe ale sistemelor de sănătate. Analiză comparativă*, în: Revista română de economie, nr. 1.
- Tabuteau, D., 2003, *La régionalisation du système de santé en questions*, în: Problèmes économiques, nr. 2801-2802.
- Vlădescu, Cristian; Rădulescu, Silviu; Olsavszky, Victor, 2000, *Sisteme de sănătate în tranziție. România*, Editor: Busse Reinhard.
- UNICEF/INS, *Tendențe sociale*, București, 2001.
- WHO, *World Health Report 1998*; 2000.

Capitolul 4

PRESTAȚIILE SOCIALE ÎN SISTEMELE DE PROTECȚIE A ȘOMERILOR

Constanța PETCU

4.1. Forme ale prestațiilor de șomaj

În țările europene, există, în principal două tipuri de prestații de șomaj, și anume, prestații de asigurări - în sistem contributiv - și prestații de asistență socială pentru șomeri - în sistem necontributiv - cu particularități de la o țară la alta.

Frontiera dintre cele două forme de prestații nu este întotdeauna clar definită. Astfel, în unele țări, ca Marea Britanie sau Irlanda, prestațiile de asigurări împrumută din caracteristicile celor de asistență socială, în sensul că, dacă la colectarea cotizațiilor se respectă principiul proporționalității cu veniturile, distribuția prestațiilor se face uniform, în regim de asistență socială și constă într-o prestație în sumă fixă.

În alte țări, ca Suedia sau Finlanda, există o prestație de bază pentru șomaj, în sumă fixă, finanțată prin sistemul de asigurări obligatoriu, precum și o indemnizație de șomaj proporțională cu contribuția suplimentară la sistemul de asigurări.

Există, în același timp, prestații de șomaj integrale, parțiale sau regresive în timp, în funcție de perioada de cotizare sau de durata șomajului, cum este cazul Franței.

În unele țări, ca Marea Britanie, Belgia, Irlanda, Portugalia, prestațiile de șomaj sunt incluse în sistemul unic de securitate socială, iar în altele acestea există și funcționează în cadrul unui sistem distinct de protecție socială a șomerilor.

Există și o serie de prestații speciale de șomaj, ca de exemplu indemnizația de șomaj tehnic, indemnizația de intemperii pentru lucrătorii în construcții etc. Indemnizația de șomaj 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 și care determină o pierdere de cel puțin 10% din salariul lunar, cu condiția menținerii contractelor de muncă nereziliate și a achitării obligațiilor la asigurările de șomaj. Aceasta se calculează pornind de la diferența de salariu net (adică diferența dintre salariul obținut în timp de lucru normal și cel rezultat în urma reducerii timpului de lucru) la care se aplică procentajele stabilite pentru asigurările de șomaj.

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 șomaj parțial, finanțată prin contribuțiile lucrătorilor din sectorul de construcții și care se acordă în aceleași condiții ca și indemnizația de șomaj tehnic.

Pentru lucrătorii în vârstă, cu risc crescut de șomaj, există posibilitatea acordării unei prestații parțiale de șomaj cu reducerea duratei de muncă sau a unei prestații de prepensionare.

Prezența prestațiilor de asigurări de șomaj alături de cele de asistență socială pentru șomeri este situația cea mai frecvent întâlnită în țările europene, cu toate că diferențele dintre ele, din punctul de vedere al beneficiarilor, în special sub aspect cantitativ, au tendința de diminuare.

Distincția de bază între cele două forme de prestații pornește chiar de la riscul social în întâmpinarea căruia vine fiecare. Prestațiilor de asigurări sociale le revine sarcina protejării împotriva riscului pierderii unui anumit nivel al veniturilor o dată cu pierderea locului de muncă. Prestațiile de asigurări de șomaj acoperă o parte din aceste pierderi prin indemnizația de șomaj, 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 șomerilor îmbracă forma unui venit minimal, de subzistență.

4.2. Condiții de eligibilitate

Pentru a beneficia de prestațiile de șomaj în sistem de asigurări, o persoană trebuie să îndeplinească mai multe condiții generale, care, cu mici diferențe, sunt cam aceleași în majoritatea țărilor europene:

- să se găsească în situația de șomer din motive neimputabile ei;
- să fie înscrisă în evidențele agenției de plasament;
- să fi desfășurat anterior, pe o anumită perioadă, o activitate profesională salariată;
- să fi plătit lunar, cel puțin o perioadă minimă, contribuția la asigurările de șomaj, atât salariatul, cât și patronul;
- să fie disponibilă pentru muncă;
- să se manifeste activ prin acțiuni de căutare a unui loc de muncă;
- să nu fie ocupată cu o altă activitate aducătoare de venit;
- să răspundă solicitărilor biroului de plasament;
- să nu refuze ofertele de muncă ale agențiilor de plasament.

În schimb, în cazul prestațiilor de asistență socială oferite șomerilor, trebuie îndeplinite anumite condiții legate, în special, de resurse, situație familială, statut social etc. Acordate în caz de nevoie, acestea sunt independente de plata cotizațiilor sau de salariul anterior. De astfel de alocații pot beneficia, în afară de șomeri, și alte categorii defavorizate ale populației.

Condițiile de acces la prestațiile de asistență socială pentru șomeri prezintă, de asemenea, diferențe de la o țară la alta. În Franța, de pildă, acestea sunt foarte restrictive. Aici numai șomerii care, pe de o parte, și-au epuizat drepturile de asigurări și, pe de altă parte, pot justifica o lungă perioadă de contribuție la sistem au dreptul să beneficieze în continuare de alocații în regim de asistență socială pentru șomeri. Cei care nu îndeplinesc aceste condiții sunt nevoiți să se orienteze

către venitul minim de subzistență. Sistemul german și cel spaniol sunt, dimpotrivă, mult mai permissive sub acest aspect. Ele funcționează fie în relație cu asigurarea, fie de la începutul perioadei de șomaj pentru cei care nu îndeplinesc condițiile pentru a primi alocația de asigurări de șomaj. În alte țări, prestațiile de asistență socială pentru șomeri 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.

Caracteristica generală, pentru prestațiile de șomaj, o reprezintă înăsprirea condițiilor de eligibilitate, concretizată în special în creșterea duratei minime de cotizare și sporirea obligațiilor beneficiarilor, cu scopul descurajării dependenței sociale.

4.3. Nivelul și durata prestațiilor

Între țările europene există diferențe, mai ales în ceea ce privește nivelul prestațiilor de șomaj și al proporționalității acestora cu celelalte elemente de determinare, în principal cu nivelul și durata contribuției la sistemul de asigurări.

Plafonarea nivelului prestațiilor, în funcție de nivelul salariului de referință sau al salariului minim, dar și în corelație cu stabilirea unui plafon maxim și în cazul veniturilor asupra cărora se aplică prelevarea contribuției de șomaj, constituie o caracteristică în majoritatea țărilor europene

Nivelul prestațiilor de asistență socială pentru șomeri este mult diminuat comparativ cu cel al prestațiilor de asigurări, dar durata acordării acestora este mai mare. Germania și Irlanda fac excepție de la această regulă, ajutoarele sociale de acest gen situându-se la un nivel comparabil cu cel al indemnizațiilor de șomaj, ceea ce apropie sistemul de asistență de cel de asigurări, din acest punct de vedere.

În Germania, în stabilirea cuantumului și duratei prestațiilor de șomaj, a fost întărit principiul proporționalității cu nivelul salariului și durata contribuției plătite. În schimb, Marea Britanie a introdus o logică de asistență socială chiar și în cazul stabilirii nivelului prestațiilor de asigurări, astfel încât o mare parte a șomerilor depind în final de prestațiile generale de asistență socială. Sistemul francez îmbină practic cele două modalități de susținere a șomerilor. Prestațiile de asistență socială urmează în parte logica asigurărilor, prin condiția impusă pentru deschiderea acestor drepturi și, anume, aceea de a fi desfășurat o activitate profesională pe o perioadă minimă de cinci ani. Prestațiile de asigurări presupun și ele numeroase elemente caracteristice asistenței sociale. Astfel, în timp ce rata cotizăției nu este diferențiată în funcție de vârstă, la stabilirea nivelului indemnizației de șomaj se ține seama de vârsta șomerilor, fiind favorizați cei mai în vârstă, în detrimentul celor mai tineri care au cotizat o perioadă mai scurtă de timp. În acest mod, prestațiile de asigurări de șomaj pot fi considerate, în parte, și ca prestații de prepensionare prin acordarea pentru șomerii mai în vârstă a unor indemnizații mai ridicate și pe o perioadă mai îndelungată, pe baza unor principii de solidaritate între generații.

Tendința generală este aceea de scădere a cuantumului indemnizațiilor de șomaj și a duratei de acordare a acestora, în scopul reducerii atractivității lor și pentru încurajarea interesului pentru muncă. Astfel, de la generoasele procente de 80-90% din salariul anterior, s-a ajuns la 50-60% și chiar mai puțin în unele țări (40% în Irlanda și Portugalia, 28% în Grecia, 25% în Marea Britanie). Este avut în vedere principiul conform căruia nivelul indemnizației de șomaj trebuie să fie sensibil inferior salariului câștigat în perioada de activitate sau chiar salariului minim pe economie pentru a nu duce la dezinteres în ceea ce privește găsirea unui nou loc de muncă într-un timp cât mai scurt. Introducerea prestației de șomaj regresive în timp, cu diminuarea cuantumului acesteia pe măsura prelungirii duratei șomajului, concomitent cu limitarea perioadei în care șomerul poate beneficia de indemnizație în regim de asigurări, se înscriu în cadrul general de sporire a austerității financiare.

4.4. Prestațiile de șomaj în țările membre UE

4.4.1. Austria

Prestațiile de protecție socială a șomerilor sunt atât de natură contributivă, acordate prin sistemul asigurărilor de șomaj, cât și de natură necontributivă, prin sistemul de asistență socială pentru șomeri.

Finanțarea prestațiilor de asigurări de șomaj se face prin cotizația de 6%, plătită în proporție egală, atât de către angajator cât și de către salariat, precum și prin participarea statului cu o subvenție anuală de 182 de milioane de euro.

Pentru a beneficia de prestația de asigurări de șomaj, șomerul trebuie să fi plătit cotizația cel puțin pe o perioadă de un an din ultimii doi precedenți intrării în șomaj. Tinerii sub 25 de ani trebuie să îndeplinească aceeași condiție, dar pentru o perioadă mai scurtă, adică pentru 6 luni de cotizare în ultimele 12.

Durata acordării prestației variază în funcție de această perioadă de plată a contribuției de asigurări, precum și de vârsta șomerului. Pentru perioada minimă de cotizare, durata prestației este de 20 de săptămâni. Aceasta crește progresiv, ajungând la maxim 52 de săptămâni pentru 9 ani de cotizare și vârsta peste 50 de ani. Durata prestației de asigurări se prelungește în mod corespunzător în cazul participării la programele speciale de formare profesională.

Nivelul acestei prestații reprezintă 56% din salariul mediu obținut în ultimul an.

Prestația de asistență socială se acordă în caz de situație critică. Se iau în considerație veniturile totale ale întregii familii care nu trebuie să depășească 423 de euro pe lună. Acest nivel este majorat în cazul în care familia șomerului are și alte persoane în întreținere. Durata acestei prestații nu este limitată, dar ea se acordă de fiecare dată pentru un an, după care se face o nouă evaluare a situației materiale și familiale a șomerului. Nivelul alocației de asistență socială pentru șomeri reprezintă 90% din nivelul de bază al alocației de asigurări.

În Austria prestațiile sociale sunt neimpozabile.

4.4.2. Belgia

În Belgia, prestațiile de protecție socială a șomerilor sunt incluse în sistemul general de securitate socială, fiind finanțate din fondul social global constituit pentru acoperirea tuturor prestațiilor sociale și care este alimentat prin cotizația socială obligatorie de bază, care se ridică la 37,94% din salariu (24,87% plătește angajatorul și 13,07% salariatul), precum și prin alte cotizații plătite numai de către angajatori. Statul are, de asemenea, o contribuție importantă la finanțarea sistemului de securitate socială, prin asigurarea unei subvenții globale, în funcție de nevoi.

Prin caracteristicile sale, sistemul belgian al prestațiilor de șomaj se situează între un sistem de asigurări și unul de asistență socială.

Pentru obținerea prestației de șomaj este necesar un stagiul minim de plată a cotizației globale de 12 luni din ultimele 18 sau de 2 ani din ultimii 3 ani de muncă.

Nivelul prestațiilor de șomaj este relativ redus comparativ cu alte țări ale Uniunii Europene. Chiar și pe plan intern, nivelul prestațiilor de șomaj este mult mai scăzut decât cel al indemnizațiilor de boală sau de invaliditate, de pildă. Rata de înlocuire a salariului mediu zilnic este, în primele 12 luni de șomaj, de maximum 55% fără alte ajutoare familiale și de 60% împreună cu acestea, dacă este cazul. Nivelul maxim al prestației de șomaj este de 34 de euro pe zi, iar cel minim de 30 de euro pe zi. Acesta scade în următoarele trei luni la 35% fără alocații familiale (adică 20 de euro pe zi maxim și 17 euro minim) și respectiv, 42% împreună cu alocațiile familiale (adică maxim 24 de euro și minim 22 de euro pe zi). După 15 luni de șomaj sunt luate în considerare și veniturile celorlalți membri ai familiei. Astfel, dacă cei doi soți sunt șomeri, iar veniturile lor nu depășesc 34 de euro pe zi, alocația de șomaj este de 17 euro, iar dacă depășesc această sumă, alocația se reduce la 13 euro pe zi.

Perioada de șomaj se poate prelungi în funcție de vechimea totală în muncă, dar cu condiția ca șomerul să efectueze o activitate salariată cel puțin trei luni pe an. Durata de timp în care sunt acordate prestațiile de șomaj, teoretic, nu este limitată, cu excepția cazurilor în care perioada de șomaj este anormal de îndelungată sau dacă beneficiarii acestora dispun de alte surse de venit.

Pentru tinerii care nu au avut încă un loc de muncă, se află în căutare sau urmează cursuri de calificare sau recalificare, se acordă o alocație de șomaj în funcție de vârstă și de eventualele obligații familiale. Astfel, cei sub 18 ani primesc 7,68 de euro pe zi, cei peste 18 ani: 12 euro pe zi, iar cei cu obligații familiale: 17 euro pe zi.

Șomerii în vârstă de peste 50 de ani, care au o vechime în muncă de cel puțin 20 de ani primesc, după un an de șomaj, un supliment pentru bătrânețe, astfel încât alocația totală, incluzând și eventualele ajutoare familiale, se poate ridica la maxim 37 și minim 33 de euro pe zi. Pentru cei fără obligații familiale, maximul alocației este de 31, iar minimul de 25 de euro pe zi. Șomerii în vârstă de peste 58 de ani pot opta pentru pensionarea anticipată.

Impozitarea prestațiilor sociale se face în funcție de nivelul tuturor veniturilor, precum și de situația familială, respectiv a persoanelor aflate în întreținere.

În cursul ultimilor ani, în Belgia, nivelul prestațiilor de șomaj a înregistrat o tendință constantă de scădere. De altfel, întregul sistem de securitate socială se află într-un amplu proces de reorganizare și reformare.

4.4.3. Danemarca

În Danemarca, toate prestațiile sociale sunt gestionate de servicii speciale la nivelul colectivităților locale. Casele de asigurări de șomaj sunt gestionate de sindicate.

Pentru a putea beneficia de prestații de șomaj, persoanele trebuie să fie afiliate la o casă de asigurări. Această afiliere este voluntară. Sunt admiși ca membri ai unei case de asigurări de șomaj toți salariații cu vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani, persoanele care au terminat un curs de pregătire profesională cu o durată de cel puțin 18 luni și care se înscriu la o casă de asigurări de șomaj după absolvirea cursului, lucrătorii independenți, persoanele cu funcții publice.

Acordarea indemnizației de șomaj este condiționată de plata contribuției la casa de asigurări timp de cel puțin 12 luni, precum și de prestarea unei activități remunerate pe o durată de cel puțin 52 de săptămâni, în ultimii 3 ani. În plus, șomerul trebuie să fie înscris la un birou de plasament și să fie permanent la dispoziția pieței muncii.

Finanțarea prestațiilor de șomaj este realizată prin cotizațiile membrilor caselor de asigurări, prin contribuțiile angajatorilor, care plătesc cotizații sociale în funcție de valoarea adăugată anuală, precum și prin participarea statului. Cuantumul cotizației plătite de către salariați la casa de asigurări este în sumă fixă și se stabilește anual pe baza ratei maxime a indemnizației de șomaj din anul precedent. Pe lângă aceasta, începând din anul 1994, salariații plătesc și o contribuție de 8% la Fondul Pieței Muncii pentru a acoperi o parte din cheltuielile sociale care sunt în sarcina statului și cărora acesta nu le mai poate face față.

Nivelul indemnizației de șomaj este de 90% din salariul mediu pe ultimele 12 luni, cu o limită maximă de 383 de euro pe săptămână. Pentru șomerii tineri, dacă perioada de șomaj urmează imediat după cea de școlarizare cu durata de minim 18 luni sau după efectuarea serviciului militar, cuantumul prestației de șomaj este în sumă fixă de maximum 314 euro pe săptămână.

Durata maximă a acordării prestației de șomaj este de 4 ani, în funcție de cotizațiile plătite și de vârsta șomerului. După o primă perioadă de șomaj de 6 luni, șomerii tineri, cu vârsta sub 25 de ani, sunt obligați să ia parte la diverse acțiuni antișomaj. Șomerii peste această vârstă au aceeași obligație după un an de inactivitate. Pentru șomerii în vârstă de peste 55 de ani, perioada de șomaj se poate prelungi până la 60 de ani, dacă îndeplinesc condițiile pentru pensionarea anticipată la această vârstă. Persoanele cu vârsta cuprinsă între 60 și 65 de ani pot primi o prestație socială de preretragere (prepensionare), al cărei nivel reprezintă 90% din cel al indemnizației de șomaj, în primele 30 de luni, și care scade la 80% după această perioadă. În acest interval de timp persoanele beneficiare pot ocupa și un loc de muncă cu timp parțial, având posibilitatea cumulării celor două venituri.

Prestațiile de șomaj sunt impozabile în totalitate ca orice alt venit. În plus, asupra acestora se percepe și contribuția la pensia suplimentară.

Din totalul fondului asigurărilor de șomaj, o parte importantă este consacrată realizării unor politici active pe piața muncii. În acest fel, fiecărui membru al unei case de asigurări i se oferă un loc de muncă după o perioadă de inactivitate de

6 luni. Refuzul nejustificat al acestei oferte atrage după sine suspendarea dreptului la indemnizația de șomaj.

4.4.4. Finlanda

Prestațiile de protecție socială a șomerilor din Finlanda au două componente: asigurările de șomaj și, respectiv, asistența socială pentru șomeri. La rândul ei, prestația de asigurări cuprinde alocația de bază și alocația proporțională cu salariul.

Finanțarea prestațiilor este asigurată în proporție de 2/3 din contribuții obligatorii, patronale și salariale, și 1/3 de către stat, prin impozite. Angajatorul plătește o rată a cotizației pentru șomaj de 3,45% din fondul total de salarii, iar salariatul 1%.

Prin sistemul de asigurări obligatoriu, toți șomerii cu vârsta cuprinsă între 17 și 64 de ani, care au desfășurat o activitate salariată pe o perioadă de cel puțin 540 de zile în ultimii doi ani și au achitat cotizația, au dreptul la o prestație de bază. Aceasta se acordă pe o durată maximă de 500 de zile calendaristice și este o sumă fixă de 21 de euro pe zi.

Dacă, în plus, șomerul este asigurat voluntar la o casă specială de asigurări de șomaj și achită o cotizație suplimentară, el beneficiază, pe lângă prestația de bază, și de o prestație proporțională cu salariul anterior. Această prestație suplimentară reprezintă 42% din salariul lunar până la 1847 de euro pe lună și 20% din ceea ce depășește această sumă. Trebuie să fie îndeplinite aceleași condiții referitoare la stagiul de muncă și de cotizare.

Prestația de asistență socială pentru șomeri se acordă șomerilor care nu îndeplinesc condițiile impuse de asigurările de șomaj sau celor care nu mai au dreptul la alocația de bază, precum și tinerilor între 17 și 24 de ani care au urmat cursuri de calificare, recalificare ori au fost angajați de probă. Nu au dreptul la această prestație tinerii de peste 17 ani care nu au dobândit o calificare profesională sau cei care au refuzat să se încadreze într-un program de ocupare inițiat de biroul de plasament. Durata acestei prestații este nelimitată dacă se mențin condițiile de resurse minime insuficiente. Nivelul maxim al alocației integrale de asistență este de 20 de euro pe zi dacă veniturile totale lunare nu depășesc 252 de euro, pentru o persoană singură, și 848 de euro pentru o familie. Peste aceste limite, nivelul acestei prestații scade la 75% din cea integrală, pentru persoanele singure, și la 50% pentru familii. Tinerii care locuiesc împreună cu părinții primesc 60% din alocația integrală, iar pe durata participării la programele de ocupare, ei beneficiază de alocația integrală.

Șomerii de lungă durată în vârstă de peste 60 de ani, care au primit alocația de asigurări de șomaj pe durata maximă prevăzută, se pot pensiona anticipat primind o pensie de șomaj, al cărei nivel este egal cu cel al pensiei de invaliditate.

În Finlanda, prestațiile de șomaj ca și celelalte prestații sociale nu se impozitează.

4.4.5. Franța

Sistemul francez al prestațiilor de protecție socială a șomerilor este un sistem cu caracter obligatoriu, distinct, nefiind inclus în sistemul general de securitate socială.

Prestația de șomaj, în regim de asigurări, îmbracă forma alocației unice regresive în timp, care poate fi integrală sau parțială. În regim de asistență socială se acordă o alocație de solidaritate, specifică pentru șomerii de lungă durată, care și-au epuizat dreptul la alocații de asigurări, precum și o alocație de inserție pentru anumite categorii speciale (deținuți eliberați, apatrizi, repatriați, refugiați, solicitanți de azil etc.).

Dreptul la alocația unică de asigurări pentru șomaj 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 șase luni din ultimul an precedent intrării în șomaj. Nivelul cotizațiilor ce trebuie să fie plătite este variabil în funcție de mărimea venitului obținut. Astfel, pentru un venit lunar sub 2241 de euro, cotizația este de 6,18%, din care 2,21% sunt plătite de către salariat și 3,97% de către angajator. Pentru un venit lunar cuprins între 2241 de euro și 8964 de euro, nivelul contribuției crește la 6,68%, din care salariatul plătește 2,71%, iar 3,97% rămân în sarcina angajatorului. Patronatul mai plătește o contribuție suplimentară în cazul desfacerii contractului de muncă unui salariat în vârstă de peste 52 de ani (contribuția Delalande).

Pentru obținerea alocației de asistență socială, șomerii de lungă durată trebuie să îndeplinească condițiile de resurse iar, pe lângă acestea, ei trebuie să fi desfășurat anterior o activitate remunerată și să fi fost beneficiari ai alocației de asigurări de șomaj. Astfel, o persoană singură șomeră primește alocația de solidaritate dacă resursele sale totale lunare se situează sub plafonul maxim de 880 de euro lunar. Pentru un cuplu căsătorit plafonul maxim al resurselor lunare este de 1382 de euro. Pentru obținerea alocației de inserție, categoriile speciale enumerate anterior trebuie să îndeplinească numai condițiile de resurse, respectiv un plafon maxim de 797 de euro lunar pentru o persoană singură și 1293 de euro pentru cei căsătoriți.

Nivelul prestației de asigurări de șomaj se stabilește pe baza salariului de referință, calculat ca medie a salariilor cotizabile din ultimele 12 luni. Salariul de referință, în funcție de care se stabilește nivelul alocației, nu poate depăși plafonul maxim de 8964 de euro lunar.

Alocația unică regresivă este formată dintr-o parte proporțională cu salariul de referință și dintr-o parte fixă. Astfel, pentru o perioadă minimă de 6 luni de

achitare a contribuției la asigurările de șomaj, nivelul alocației integrale de șomaj reprezintă 40,4% din salariul zilnic de referință la care se adaugă o sumă fixă de 9,26 de 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 de euro pe zi pentru șomerii în vârstă de peste 52 de ani, care au o vechime mai mare în muncă. Pentru o perioadă de contribuție la sistemul asigurărilor de șomaj cuprinsă între patru și șase 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 și îi favorizează pe cei care au contribuit la asigurări pe durate mai lungi.

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

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

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

Alocația de solidaritate specifică pentru șomerii 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 depăși un an.

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

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

4.4.6. Germania

Prestațiile de protecție socială a șomerilor se acordă atât în sistem contributiv, respectând principiile asigurărilor obligatorii, cât și în sistem necontributiv, de asistență socială. Sistemul de prestații de șomaj german este considerat ca fiind cel mai apropiat de modelul teoretic al asigurărilor. Legătura dintre activitatea salariată și prestațiile sociale constituie fundamentul sistemului. Acesta are mai mult un caracter de prevenire a riscurilor, decât unul reparatoriu sau compensatoriu.

Pentru a avea acces la prestațiile de asigurări de șomaj sunt necesare minimum 12 luni de activitate salarială și implicit de plată a cotizațiilor, în cursul ultimi-

lor 3 ani. Această contribuție este stabilită la 3,25% atât pentru salariați cât și pentru angajatori. Există un plafon maxim al salariului anual pentru care se plătesc aceste cotizații. În anul 2000 acesta era de 52765 de euro în vechile landuri și 43562 de euro în noile landuri. Statul acordă credite bugetare în caz de nevoie pentru a asigura echilibrul financiar al sistemului de asigurări, adică plata alocațiilor de asigurări de șomaj. El finanțează însă integral, prin bugetul federal, sistemul de asistență pentru șomeri. Șomerul trebuie să fie înscris la biroul de plasament, să fie apt de muncă, să fie disponibil pentru a desfășura o activitate și să-și manifeste în mod activ dorința de a munci prin căutarea permanentă a unui loc de muncă. Veniturile provenind dintr-o activitate secundară desfășurată în timpul perioadei de șomaj (de maximum 15 ore pe săptămână) reduc în mod proporțional drepturile la alocația de asigurări de șomaj, dacă câștigul astfel obținut depășește 20% din alocația de șomaj.

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

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

Durata de timp pe parcursul căreia se acordă prestațiile de șomaj variază între 6 și 32 de luni, în funcție de perioada de timp lucrată și de cea de contribuție la sistemul de asigurări, precum și în funcție de vârstă.

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

Impozitarea prestațiilor de șomaj se face numai în cazul în care nivelul acestora depășește pragul venitului minim vital anual, care este de 6902 euro pentru o persoană singură și de 13804 euro pentru persoanele căsătorite.

4.4.7. Grecia

Sistemul prestațiilor de securitate socială din Grecia, în ansamblul său, este foarte fragmentat, cuprinzând, pe lângă prestațiile de asigurări de bază, și numeroase prestații sociale complementare (90 la număr).

Sistemul indemnizațiilor de șomaj funcționează, în principal, în regim contributiv, fiind finanțat prin cotizații obligatorii, patronale și salariale, în procent de

3,98% și respectiv 1,43% din salariu. Cotizațiile sunt administrate de casele de asigurări ale salariaților, ale lucrătorilor nesalariați, ale funcționarilor publici etc. Deficitele caselor de asigurări, care se ridică în mod frecvent la peste 25% din cheltuielile curente, sunt acoperite de stat.

Acordarea prestațiilor de șomaj este condiționată de un stagiu minim de cotizare la un organism de securitate socială timp de 3 luni din ultimele 12 sau 7 luni din ultimii doi ani. Pentru persoanele care beneficiază pentru prima dată de alocația de șomaj, acest stagiu este redus la 3 luni din ultimii 2 ani.

Nivelul prestațiilor de șomaj depinde de durata de activitate profesională și este stabilit în funcție de salariul anterior. Rata de înlocuire medie este de 28% din salariul mediu zilnic, putând ajunge până la un nivel maxim de 40% pentru muncitori și la 50% pentru funcționarii publici. Nivelul minim al acestei prestații este de 14 euro pe zi, iar cel maxim 21 de euro.

După expirarea perioadei de indemnizare de un an, în funcție de situația materială personală și familială evaluată prin anchete sociale, se acordă o prestație socială complementară egală cu 50% din prestația de bază, pentru o durată de încă 5 luni.

În cazul șomerilor care au în îngrijire copii, se acordă o majorare de 10% pentru fiecare copil. Maximul indemnizației de șomaj împreună cu alocațiile complementare, acordate pentru întreținerea copiilor, nu poate depăși 70% din salariul mediu zilnic.

Indemnizațiile de șomaj sunt plătite pe o perioadă cuprinsă între minim 5 luni și maxim un an, în funcție de stagiul de cotizare. Această perioadă poate fi prelungită în mod excepțional numai în cazul persoanelor în vârstă de peste 50 de ani. Pentru tinerii sub 29 de ani, nou intrați pe piața muncii, durata prestației de șomaj este de maxim 5 luni.

În domeniul prestațiilor active de protecție socială, se organizează cursuri de pregătire și calificare pentru tinerii până la 29 de ani, precum și programe de recalificare pentru șomerii mai în vârstă, susținute financiar de către stat.

În această țară nu există nici o garanție formală a unui venit minim de supraviețuire pentru nici o categorie socială.

4.4.8. Irlanda

Protecția socială a șomerilor din Irlanda se realizează în mod asemănător cu cea din Marea Britanie, principiile asistenței sociale fiind predominante în acordarea prestațiilor de șomaj în comparație cu cele ale asigurărilor.

Prestațiile de șomaj sunt integrate în cadrul sistemului unic de asigurări sociale, fiind finanțate prin cotizații patronale și salariale și prin intervenția statului, atunci când este necesară acoperirea unui eventual deficit. Rata contribuției sociale este de 5% din venit pentru lucrătorii independenți, 4,5% pentru salariați, iar pentru angajatori aceasta este diferențiată astfel: 8,5% pentru salariile sub 44441 de euro pe an și 12% pentru cele care depășesc această limită. De

asemenea, salariații și lucrătorii independenți nu plătesc cotizația socială pentru veniturile inferioare sumei de 32251 de euro pe an.

Pentru a beneficia de prestații de șomaj în regim de asigurări, este necesar ca persoanele în cauză să fi cotizat la sistemul global al asigurărilor sociale cel puțin 6 luni în ultimul an. Indemnizația de asigurări de șomaj nu se acordă în funcție de salariul anterior sau de nivelul cotizației sociale plătite, ci este în sumă fixă, și anume 93 de euro pe săptămână. Pentru șomerii care au copii în întreținere se acordă un ajutor suplimentar de 55 de euro pe săptămână. Durata maximă a acordării acestor alocații este de 390 de zile calendaristice.

Pentru șomerii cu resurse insuficiente de supraviețuire, după expirarea duratei de 390 de zile, în care au beneficiat de alocația de șomaj în regim contributiv, se acordă, în regim de asistență socială, o alocație săptămânală de 91 de euro, pe o perioadă nelimitată de timp.

Șomerii în vârstă de peste 55 de ani beneficiază, în aceleași condiții, de o alocație de prepensionare în sumă de 93 de euro pe săptămână.

Se poate ușor observa că diferența dintre nivelul alocației de asigurări și cel al alocației de asistență socială pentru șomaj este nesemnificativă; deosebiri apar doar în ceea ce privește durata acordării prestațiilor și în îndeplinirea condițiilor legate de resursele materiale, în cazul asistenței sociale. Renunțarea la criteriul proporționalității nivelului alocației de șomaj cu cel al contribuției la sistemul de asigurări a dus aproape la uniformizarea prestațiilor, întărindu-se în acest fel și mai mult principiul solidarității sociale.

4.4.9. Italia

În Italia, sistemul prestațiilor de șomaj 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 șomajului total, sistemul actual oferă trei categorii de prestații:

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

În cazul șomajului parțial există două categorii de prestații de șomaj:

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

Prestațiile sunt finanțate preponderent pe principiul asigurărilor, prin cotizații. Cotizațiile sunt plătite în mare parte de patronat, care suportă astfel costurile asigurării de șomaj. Astfel, din totalul cotizației de șomaj de 4,71% angajatorului îi revine obligația să plătească 4,41%, iar salariatului numai 0,30%. Această cotizație totală pentru șomaj se distribuie astfel: 1,61% pentru indemnizațiile de șomaj total și 3,10% pentru complementul de salariu.

corespunzător șomajului parțial (2,20% pentru complementul ordinar de salariu și 0,90% pentru complementul extraordinar). Cotizația de 0,30%, plătită de salariat se regăsește abia în complementul extraordinar de salariu.

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

- Indemnizația ordinară de șomaj, ca prestație de bază, are un nivel foarte scăzut, și anume 30% din salariul mediu obținut în ultimele trei luni, cu un plafon lunar maxim de 745 de euro pentru salariile de până la 1611 euro și de 895 de 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 și de cotizare la sistem de cel puțin 2 ani, din care un an înainte de intrarea în șomaj. De indemnizația ordinară de șomaj beneficiază un număr relativ redus de persoane, în special din întreprinderile mici.

- Indemnizația specială de șomaj se acordă lucrătorilor din construcții, disponibilizați din cauza încetării activității, închiderii șantierului sau reducerilor de personal din rațiuni de criză economică. Aceștia 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 se acordă salariaților din celelalte sectoare economice, cu excepția sectorului de construcții, care s-au aflat în șomaj parțial și au beneficiat de complementul extraordinar de salariu, iar ulterior au intrat în șomaj total. 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 același nivel cu cel al complementului extraordinar de salariu, primit anterior în perioada de șomaj parțial. În următoarele luni, nivelul acesteia scade la 80%, având aceleași plafoane maxime ca și indemnizația ordinară de șomaj. De această prestație de șomaj beneficiază cea mai mare parte a șomerilor 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. 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 tranșă de 6 luni, cuantumul prestației este plafonat la același nivel cu cel al indemnizației ordinare de șomaj. Se garantează păstrarea locului de muncă pentru persoanele aflate în șomaj parțial. De precizat că nivelul contribuției la asigurările de șomaj plătită de întreprindere crește dacă aceasta apelează de mai multe ori la acest gen de prestații.

- 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 și 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 șomaj este importantă.

4.4.10. Luxemburg

Sistemul luxemburghez al prestațiilor de șomaj îmbină principiile asigurărilor cu cele ale asistenței sociale. El este finanțat printr-un impozit special de solidaritate plătit la Fondul Pentru Ocupare de către persoanele fizice și juridice, precum și printr-o importantă contribuție bugetară anuală a statului.

Dreptul la prestații de șomaj este asigurat celor care au lucrat cel puțin 26 de săptămâni în ultimele 12 luni care preced intrarea în șomaj.

Nivelul prestațiilor de șomaj este stabilit în funcție de salariul anterior perioadei de șomaj. Rata indemnizației de șomaj este de 80% din salariul mediu al ultimelor trei luni de activitate, fără ca aceasta să poată depăși 2382 de euro pe lună, în prima perioadă (de un an) sau 1787 de euro pe lună, în următoarele 6 luni suplimentare. Ea se poate majora, ajungând până la 85% numai pentru persoanele care au copii în întreținere. Pentru șomerul al cărui soț sau soție dispune de un venit care depășește 2978 de euro pe lună, indemnizația de șomaj este diminuată proporțional, și anume cu o sumă egală cu 50% din diferența dintre venitul partenerului și plafonul de 2978 de euro.

Durata maximă de acordare a indemnizației de șomaj este de un an. Aceasta poate fi prelungită însă cu încă o perioadă suplimentară de 6 luni în cazul persoanelor care au dificultăți deosebite în găsirea unui loc de muncă. Pentru șomerii în vârstă de peste 50 de ani se acordă încă o prelungire de 6, 9 sau 12 luni, dacă aceștia au o vechime în muncă respectiv de peste 20, 25 sau 30 de ani.

Pentru echilibrarea situației pe categorii de vârstă a personalului sau în cazurile în care o întreprindere este nevoită să procedeze la reducerea personalului, este permisă pensionarea anticipată a persoanelor în vârstă de peste 57 de ani.

În Luxemburg există sisteme speciale de ajutor social pentru tinerii care întâmpină greutăți în obținerea unui prim loc de muncă, precum și pentru lucrătorii nesalariați.

În ceea ce privește impozitarea, toate prestațiile sociale sunt asimilate oricărui venit și sunt supuse impozitării în aceleași condiții.

4.4.11. Marea Britanie

Prestațiile de șomaj sunt integrate în sistemul unic de securitate socială și, din această cauză, ele sunt dificil de individualizat. Alocația de asigurări de șomaj constă într-o prestație fixă, săptămânală. În cadrul acestui sistem, zis de asigurări, totul se petrece ca și cum mecanismele de asigurări ar funcționa după principiile asistenței sociale. Prestații de asistență socială, speciale pentru șomeri, nu există.

Numeroși șomeri nu au acces la prestațiile de asigurări din cauza condițiilor care trebuie îndeplinite pentru a putea beneficia de acestea. Aceștia primesc un venit minim garantat care este acordat și altor categorii defavorizate ale populației.

Finanțarea prestațiilor de șomaj se face, în parte, din surse publice și, în parte, prin cotizații patronale și salariale care sunt vărsate în Fondul Național de Asigurări. Acesta cuprinde totalitatea cotizațiilor sociale și a 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 și pentru patronat. Astfel, salariații cu un salariu săptămânal sub 106 euro nu plătesc cotizații sociale, iar cei cu salariul cuprins între 106 și 801 euro plătesc o contribuție de 10%. Angajatorii plătesc un procent de 12,2% pentru salariile care depășesc 133 de euro pe săptămână.

Pentru a avea acces la alocațiile de asigurări de șomaj, este necesar ca șomerul să fie apt și 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 șomaj 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 și pentru angajatori. În același timp, este impusă și o perioadă în care nu se primește 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, șomerii care nu îndeplinesc condițiile pentru obținerea alocației de șomaj sau cei care au depășit perioada în care aceasta se acordă, trebuie să îndeplinească și alte condiții suplimentare, și anume: să aibă statut de rezident în Marea Britanie, economiile totale ale familiei să nu depășească suma de 12808 de euro, soțul sau soția să nu lucreze mai mult de 24 de ore pe săptămână, să nu beneficieze de alte prestații sociale.

Nivelul alocației de șomaj, în sumă fixă, 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 șomaj. În prezent, alocația de șomaj se acordă diferențiat în funcție de vârsta șomerului. Astfel, șomerii cu vârsta cuprinsă între 18 și 24 de ani primesc o alocație de șomaj în sumă fixă de 65 de euro pe săptămână, iar cei în vârstă de peste 25 de ani, 82 de euro pe săptămână. Începând cu anul 1995 nu se mai acordă nici ajutorul suplimentar de 26,6 de lire pentru șomerii cu sarcini familiale deosebite (copii în întreținere).

Rata de înlocuire a salariului prin alocația de șomaj este una dintre cele mai scăzute din Europa, în jur de 23%, în medie, din salariul net anterior. Rata de acoperire a șomerilor prin sistemul asigurărilor este, de asemenea, scăzută. Limitarea strictă a accesului la indemnizații de șomaj explică de ce aproape 1/3 din numărul

șomerilor nu a primit niciodată această prestație pe întreaga perioadă de șomaj. Cea mai mare parte dintre aceștia 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 de euro pe săptămână, dar el variază în funcție de situația familială a fiecărui beneficiar și în special de situația materială.

Prestația de asigurări de șomaj se acordă pe o perioadă limitată de timp, de 182 de zile. Alocația de asistență socială, respectiv venitul minim garantat, poate fi acordată 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 șomaj este de 65 de ani pentru bărbați și 60 de ani pentru femei, adică vârsta pensionării. De menționat că în Marea Britanie nu există posibilitatea pensionării anticipate și nici nu se acordă alte facilități pentru șomerii de vârstă mai înaintată.

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

4.4.12. Olanda

În Olanda prestațiile de șomaj pentru lucrătorii salariați sunt acoperite prin sistemul de asigurări. Contribuția la sistemul de asigurări pentru șomaj este obligatorie pentru persoanele care au un loc de muncă.

Sistemul de asigurări de șomaj cuprinde trei categorii de prestații:

- prestația pe termen scurt;
- prestația în funcție de salariu;
- prestația pe termen lung.

Finanțarea acestor prestații se face prin cotizații, care au două componente:

- o contribuție de 10% din salariu, din care 6,25% plătește angajatorul și 3,75% salariatul, la Fondul General pentru Șomaj;
- o altă contribuție, în medie de 0,95%, la Agenția de Securitate Socială, plătită numai de angajator. Aceasta diferă în funcție de sectorul de activitate.

Statul nu participă la finanțarea prestațiilor de șomaj prin surse bugetare.

Prestația pe termen scurt se acordă în condițiile unui stagiu minim de cotizare de 26 de săptămâni din ultimele 36. Durata maximă a acesteia este de 6 luni, iar nivelul ei se situează la 70% din salariul minim. Se adresează în special tinerilor.

Prestația proporțională cu salariul se acordă în funcție de antecedentele întregii activități profesionale ale șomerului. Durata minimă este de 6 luni, iar cea maximă poate ajunge până la 5 ani pentru persoanele cu o vechime în muncă de

peste 40 de ani. Nivelul acestei prestații este de 70% din salariul anterior, fiind plafonată totuși la o sumă maximă de 145 de euro pe zi.

Prestația pe termen lung se acordă persoanelor care nu îndeplinesc condițiile pentru a primi prestația în funcție de salariu, în special persoanelor în vârstă de peste 57 de ani care nu pot obține nici pensia anticipată. Durata maximă a acesteia este de doi ani, iar nivelul este de 70% din salariul minim.

Toate prestațiile de șomaj sunt impozabile.

Pentru șomerii care nu mai au dreptul la prestații de asigurări, în Olanda există și servicii sociale complementare. De aceste servicii beneficiază, de altfel, în regim de asistență socială și alte categorii defavorizate. Aceste servicii sunt finanțate prin sistemul fiscal general, iar nivelul lor este mai redus. Prestațiile sunt acordate celor care îndeplinesc condițiile, respectiv celor cu venituri familiale sub un anumit prag care nu le asigură nevoile de existență. Gestiunea acestor servicii revine organelor administrației locale.

4.4.13. Portugalia

Sistemul portughez de protecție socială a șomerilor este dual, el cuprinzând atât prestații în regim contributiv cât și în regim necontributiv. El este integrat în sistemul general de securitate socială, fiind finanțat prin cotizațiile sociale globale a căror rată totală se ridică la 34,25%, la care angajatorul contribuie cu 23,25%, iar salariatul cu 11%. Rata cotizației sociale globale este mai redusă pentru anumite activități, cum este cazul organizațiilor cu scop nelucrativ, sau pentru unele situații speciale în care se află de exemplu persoanele cu handicap sau tinerii la primul lor loc de muncă. Statul nu participă cu surse bugetare la finanțarea sistemului de securitate socială.

Prestația de asigurări este condiționată de desfășurarea unei munci salariate și de plata cotizației sociale globale timp de cel puțin 540 de zile din ultimele 24 de luni. Durata acordării acestei prestații se stabilește în funcție de vârsta șomerului, crescând progresiv de la 12 luni pentru cei sub 30 de ani, la 18 luni pentru cei cu vârsta între 30 și 40 de ani, 24 de luni pentru cei cu vârsta între 40 și 45 de ani, până la maxim 30 de luni pentru șomerii de peste 45 de ani. Nivelul alocației de asigurări de șomaj reprezintă un procent de 65% din salariul mediu zilnic realizat în ultimele 12 luni de activitate, fără a putea depăși de trei ori salariul minim garantat.

Prestația de asistență socială pentru șomeri se acordă în cazul în care persoanele respective nu îndeplinesc condițiile pentru obținerea drepturilor de asigurări. Și în acest caz deschiderea dreptului la alocația socială este condiționată de o perioadă de muncă salariată de cel puțin 6 luni din ultimele 12. De asemenea, venitul mediu lunar al familiei nu trebuie să depășească 80% din salariul minim garantat pentru sectorul respectiv de activitate. Durata acordării acestei prestații nu este nelimitată în timp și se stabilește, ca și în cazul celor de asigurări, în funcție de vârsta șomerului. Dacă asistența socială pentru șomaj se acordă imediat după epuizarea drepturilor de asigurări și în continuarea acestora, atunci

durata prestației în regim de asistență socială se reduce la jumătate din timpul normal. Nivelul maxim al acestei prestații îl reprezintă salariul minim pe economie, pentru șomerii care au persoane în întreținere și, respectiv 80% din salariul minim, pentru persoanele singure.

Portugalia este printre puținele țări ale Uniunii Europene în care prestațiile sociale nu sunt impozitate.

4.4.14. Spania

Sistemul prestațiilor de șomaj din Spania este relativ recent, realizarea sa datând din anul 1984, o dată cu adoptarea Legii protecției șomerilor. Ulterior, el a suferit o serie de modificări și completări prin apariția în anul 1994 a Legii generale a securității sociale, precum și a Legii privind măsurile fiscale, administrative și sociale din 1998.

El se compune dintr-un sistem contributiv, de asigurări de șomaj și unul în regim necontributiv, de asistență pentru șomeri, asemănător celui din Germania. Este gestionat de Agenția Publică a Muncii la nivel central, iar autorităților locale le revine sarcina prestării serviciilor sociale.

Sistemul de prestații de șomaj este finanțat prin cotizații patronale (6,0% din fondul de salarii) și salariale (1,55% din salariu), precum și prin sistemul fiscal general, în caz de nevoie.

Creșterea continuă a numărului șomerilor care primesc indemnizație de șomaj, Spania înregistrând o rată a șomajului printre cele mai ridicate din Uniune, a determinat un deficit crescând al bugetului asigurărilor. De aceea, în ultimul deceniu au fost luate numeroase măsuri vizând reducerea nivelului și a duratei prestațiilor de șomaj sau înăsprirea condițiilor de eligibilitate pentru potențialii beneficiari ai alocațiilor.

Perioada minimă de cotizare care dă dreptul la alocația de șomaj a crescut de la 6 luni la un an. Pentru șomerii care au cotizat între 3 luni și un an, precum și pentru șomerii de lungă durată, a fost înființată o alocație de asistență socială egală cu 75% din salariul minim pe economie.

Durata prestațiilor de asigurări de șomaj este cuprinsă între 3 luni și un an, în funcție de perioada de afiliere la sistem și de cotizare. Pentru 12 luni de cotizare, durata prestației a fost redusă de la 6 luni la 3 luni.

Nivelul prestațiilor de asigurări a fost redus de la 80% la 70% din salariul brut anterior în primele 6 luni și la 60% pentru perioada de până la un an.

De asemenea, a fost introdusă condiția obligatorie ca fiecare șomer să accepte orice ofertă de muncă adecvată, adică corespunzătoare aptitudinilor fizice și intelectuale ale celui în cauză, chiar dacă nu corespunde profesiei de bază sau dacă salariul este inferior nivelului alocației de șomaj. Înăsprirea condițiilor de acces la prestațiile de șomaj a făcut sistemul spaniol mai puțin generos și mai puțin atractiv.

Începând din anul 1998 a fost introdusă și impozitarea veniturilor provenite din prestațiile de șomaj. Scopul urmărit este orientarea acestor fonduri către politicile active în domeniul ocupării forței de muncă.

4.4.15. Suedia

Până în anul 1997, sistemul prestațiilor de șomaj din Suedia se caracteriza prin rolul important al caselor sindicale de asigurări de șomaj și prin neobligativitatea salariaților de a adera la sindicat și implicit, de a se asigura pentru riscul șomajului.

Pentru fiecare sector de activitate exista câte o casă de asigurări de șomaj gestionată de sindicatul respectiv, la care erau afiliați din oficiu numai membri de sindicat, dar care cuprindea de fapt majoritatea salariaților. Nivelul cotizațiilor, ca și cel al prestațiilor, era diferit, în funcție de casa de asigurări sindicală la care era afiliat fiecare contribuabil. Nesindicaliștii puteau adera voluntar la casa sindicală sub forma unor contribuții individuale. Cei care nu erau asigurați - șomerii de lungă durată sau lucrătorii care nu erau afiliați la un sindicat - beneficiau de un ajutor în regim de asistență socială pe durată nelimitată.

În condițiile în care rata șomajului în Suedia a crescut, nivelul cheltuielilor cu prestațiile de șomaj a sporit. Pentru a face față acestei noi situații, au fost necesare câteva modificări ale sistemului. Dintre acestea, cea mai importantă a fost de natură organizatorică și a constat în unificarea tuturor caselor sindicale și în introducerea administrării și gestionării publice, astfel încât toți salariații să aibă aceleași obligații și aceleași drepturi în legătură cu prestațiile de șomaj. S-a produs, de asemenea, creșterea nivelului contribuțiilor, precum și reducerea ratei de înlocuire a salariului prin indemnizația de șomaj, de la 90%, cât era până în acel moment, la 80%.

Începând din anul 1998, în urma adoptării noii legi asupra asigurărilor de șomaj, s-a creat un sistem unic de asigurări de șomaj cu două componente, respectiv două forme de prestații de șomaj, și anume:

- alocația de bază, care înlocuiește prestația de asistență socială pentru șomeri;
- indemnizația de șomaj, proporțională cu contribuția la asigurări.

Finanțarea prestațiilor de șomaj este realizată prin cotizațiile obligatorii ale angajatorilor - în procent de 5,84%, ale salariaților - în procent de 3,30% până la un plafon maxim de 85 de euro pe zi al salariului și prin subvențiile de stat, care sunt rambursate în proporție de 2/3 de către întreprinderi.

- Alocația de bază este acordată persoanelor în vârstă de peste 20 de ani care au terminat o formă de calificare sau de pregătire profesională și sunt înscrise la o agenție de ocupare în vederea găsirii unui loc de muncă, nu au avut un loc de muncă și deci, nu sunt asigurate, sau celor care au avut un loc de muncă, dar nu îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de prestația proporțională cu salariul (12 luni de achitare a cotizației).

De asemenea, șomerul trebuie să accepte să facă orice altă muncă în folosul comunității cel puțin 3 ore pe zi, în mod permanent, pe întreaga perioadă în care beneficiază de prestația socială.

Nu este necesară îndeplinirea altor condiții legate de nivelul resurselor materiale, iar durata acordării acestei alocații sociale, teoretic, nu este limitată.

Cuantumul alocației de bază este în sumă fixă, și anume 28 de euro pe zi. Dacă ulterior condițiile se schimbă prin efectuarea unei activități cu timp parțial remunerate, alocația socială se reduce proporțional.

- Indemnizația proporțională se acordă persoanelor asigurate la casa de asigurări și care au plătit cotizația pe o perioadă de cel puțin 12 luni.

Durata maximă pentru care se acordă indemnizația proporțională cu salariul este de 300 de zile pentru persoanele în vârstă de până la 57 de ani și de 450 de zile pentru cei peste această vârstă. Această durată este relativ scurtă comparativ cu alte țări membre ale Uniunii Europene, dar rata de acoperire este mai ridicată în Suedia (70% din numărul șomerilor primesc această indemnizație).

De asemenea, rata de înlocuire a salariului prin indemnizația de șomaj se situează încă la unul dintre cele mai înalte niveluri din Europa, respectiv 80% din salariul de referință, până la plafonul maxim de 68 de euro pe zi.

Politica de ocupare a forței de muncă este, în principal, axată pe măsuri active: de formare și reconversie profesională, de subvenționare a anumitor categorii de locuri de muncă. De aceea, pentru a beneficia de prestații de șomaj pentru o nouă perioadă, după expirarea celei inițiale, este necesară, în mod obligatoriu, efectuarea unor cursuri complete în cadrul programelor de reconversie profesională finanțate prin subvenții de stat. Pe durata cursurilor de pregătire profesională organizate în cadrul măsurilor de ocupare, șomerului i se asigură o asistență financiară specială.

Agențiile de ocupare au obligația să propună șomerilor efectuarea unor activități temporare în sectorul public sau să asigure accesul la o formă de pregătire, recalificare a celor care se află la sfârșitul drepturilor de asigurări.

În Suedia prestațiile sociale sunt impozabile în totalitate, după aceleași reguli de impozitare ca orice alt venit.

4.5. Prestațiile de șomaj în România

În condițiile noii legi privind sistemul asigurărilor sociale pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă, adoptată și intrată în vigoare în acest an, prestația bănească unică pentru șomaj este reprezentată de indemnizația de șomaj, care înlocuiește cele trei prestații anterioare (alocația de șomaj, ajutorul de integrare profesională și alocația de sprijin).

Șomerii pot beneficia de această prestație dacă îndeplinesc următoarele condiții:

- au un stagiu de cotizare de minimum 12 luni în ultimele 24 de luni premergătoare datei înregistrării cererii de șomaj;
- nu realizează venituri sau realizează din activități autorizate, venituri mai mici decât indemnizația de șomaj;
- nu îndeplinesc condițiile de pensionare;
- le-a încetat contractul individual de muncă din motive neimputabile lor;

- nu au reușit să se încadreze în muncă într-o perioadă de 60 de zile de la absolvirea unei instituții de învățământ sau după satisfacerea stagiului militar, cazuri în care nu este necesar un stagiul minim de cotizare;
- sunt înregistrați la agențiile pentru ocuparea forței de muncă în a căror rază teritorială își au domiciliul sau reședința;
- se află în căutarea activă a unui loc de muncă;
- manifestă interes și disponibilitate pentru integrarea cât mai rapidă într-o activitate;

Indemnizația de șomaj se acordă în mod diferențiat pe anumite perioade, astfel:

- 6 luni, pentru persoanele cu un stagiul de cotizare de până la 5 ani, dar nu mai puțin de 1 an;
- 9 luni, pentru șomerii cu un stagiul de cotizare cuprins între 5 și 10 ani;
- 12 luni, pentru cei care au plătit contribuția la asigurările de șomaj pe o perioadă mai mare de 10 ani.

Cuantumul indemnizației de șomaj este o sumă fixă, neimpozabilă, lunară, reprezentând 75% din salariul minim brut pe țară la momentul respectiv, indiferent de nivelul contribuției la sistemul asigurărilor de șomaj, sau de perioada de cotizare. Excepție fac tinerii absolvenți ai unei instituții de învățământ care nu au reușit să ocupe un loc de muncă, pentru care cuantumul indemnizației de șomaj reprezintă 50% din salariul minim brut pe țară și se acordă pe o perioadă de 6 luni.

Persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj au și anumite obligații:

- să se prezinte lunar, pe baza programării sau ori de câte ori sunt solicitate, la agenția pentru ocuparea forței de muncă la care sunt înregistrate, pentru a primi sprijin sau informații în vederea încadrării în muncă;
- să comunice în termen de 3 zile orice modificare a condițiilor care au dus la acordarea drepturilor de șomaj;
- să participe la serviciile pentru stimularea ocupării și de formare profesională oferite de agenție;
- să caute în mod activ un loc de muncă.

Nu pot beneficia de indemnizație de șomaj persoanele care fie refuză un loc de muncă potrivit pregătirii sau nivelului studiilor, situat la o distanță de cel mult 50 km de localitatea de domiciliu, fie refuză participarea la servicii pentru stimularea ocupării și de formare profesională oferite de agențiile pentru ocuparea forței de muncă.

Beneficiarii de indemnizație de șomaj sunt asigurați în sistemul asigurărilor de sănătate și beneficiază de toate drepturile prevăzute de lege pentru asigurații acestor sisteme. Contribuția pentru asigurările sociale de stat și pentru asigurările de sănătate se suportă din bugetul asigurărilor de șomaj.

Șomerii care reușesc să se angajeze înaintea expirării perioadei în care beneficiază de indemnizația de șomaj, primesc, pe lângă salariul cuvenit, o sumă

lunară acordată din bugetul asigurărilor de șomaj, neimpozabilă, în cuantum de 30% din indemnizația de șomaj. Această sumă se acordă până la sfârșitul perioadei pentru care persoanele respective erau îndreptățite să primească indemnizația de șomaj și are ca scop completarea veniturilor salariale și stimularea interesului pentru muncă.

Referințe bibliografice

- Boissard, D., *Le chômage peut-il disparaître?*, în: Problèmes économiques, no. 2688-2689/2000.
- Bosch, G., *Réduire le temps de travail crée-t-il de l'emploi?*, în: Problèmes économiques, no. 2688, 2689/2000.
- Bureau Internationale du Travail, *L'emploi en Europe*, Genève, 1999.
- Bureau Internationale du Travail, *L'emploi dans le monde*, Genève, 1999.
- Commission des Communautés Européennes, *Les régimes nationaux d'assurances de chômage*, Luxembourg, 1998.
- Commission Européenne, *La protection sociale en Europe*, Luxembourg, 1998.
- Ciutacu, C., *Șomaj-inflație, o provocare pentru economia în tranziție*, București, CIDE, 1993.
- Denis, J. Snower, *Reformer les régimes d'assurance de chômage*, în: Revue Internationale du Travail, no. 6, 1999, BIT Genève.
- Devillechabrolle, V., *Mesurer le taux de chômage d'équilibre, un exercice difficile*, în: Problèmes économiques, no. 2711/2001.
- Drouin, V.; Greffe, X., *L'assurance - chômage, filet de sécurité ou parapluie percé?*, Paris, 1998.
- Freeman, R., *Existe-t-il des trappes à pauvreté et au chômage?*, în: Problèmes économiques, no. 2711/2001.
- Freyssinet, J., *Plein emploi, droit au travail, emploi convenable*, în: Problèmes économiques, no. 2711/2001.
- Maan, A., *L'immigration crée-t-elle du chômage?*, în: Problèmes économiques, no. 2688-2689/2000.
- Malinvaud, E., *Vers le fin du chômage?*, în: Problèmes économiques, no. 2711/2001.
- Medinier, H.; Revoil, J., *L'indemnisation du chômage*, Copenhague, 1997.
- MISSOC, *Social protection in the Member States of the European Union. Social security and social integration*, Luxemburg, 2000.
- OCDE, *Révision des indicateurs de chômage structurel*, în: Perspectives économiques de l'OCDE, no. 68/2000.
- OCDE, *Le chômage dans les pays en transition: ténace ou passager?*, Paris, 1994.
- Perț, Steliana, *Șomajul în perioada de tranziție. Geneză. Dimensiuni. Caracteristici. Tendințe*, în: Revista română de statistică, nr. 3-4, 1993.

-
- Peț, Steliana, *Probleme ale măsurării șomajului. Cu privire specială la rata de șomaj*, CIDE, 1991.
- PNUD, *Raportul național al dezvoltării umane 2001-2002*, București, 2002.
- Reissert, B., *Les prestations de chômage et l'aggravation du problème du chômage*, Luxembourg, 1998.
- Sarfeti, H., *Le chômage: à qui la faute?*, în: *Problèmes économiques*, no. 2711/2001.

Capitolul 5

PRESTAȚIILE SOCIALE ORIENTATE SPRE COMBATerea SĂRĂCIEI

Maria MOLNAR

Sistemele de securitate socială din țările europene cuprind o categorie specială de prestații orientate explicit spre combaterea sărăciei, și anume: veniturile minime garantate, asigurate în cadrul schemelor noncontributive de garantare a unor resurse suficiente.

Prin schemele de garantare a unui nivel minim de resurse se acordă patru categorii de prestații, diferite în funcție de aria de acoperire:

- alocația (ajutorul) diferențială acordată în cadrul schemei generale de venit minim garantat, care acoperă întreaga populație;
- prestații bănești sau în natură, acordate în virtutea unor drepturi asociate venitului minim garantat;
- alocațiile diferențiale acordate în cadrul unor scheme specifice (categorice) de garantare a unui nivel minim de resurse, care acoperă numai anumite categorii de populație expuse riscului sărăciei (persoane vârstnice, persoane cu handicap etc.);
- ajutoare și servicii speciale de asistență socială de care beneficiază unele persoane/familii care se confruntă cu nevoi speciale sau aflate în situații excepționale.

În cadrul unora dintre sistemele de protecție socială, sunt stabilite niveluri minime ale unor prestații acordate în regim contributiv, iar de unele prestații din scheme care acoperă anumite nevoi de protecție beneficiază numai persoanele/familiile ale căror resurse se află sub un anumit nivel (*means-tested*). Aceste aranjamente, orientate în principal spre utilizarea economicoasă a resurselor sistemelor de protecție socială și "țintirea" mai precisă a populației cu cele mai mari nevoi de protecție, servesc indirect și obiectivului combaterii sărăciei, prin asigurarea resurselor minime și satisfacerea unor nevoi speciale de protecție ale populației care nu dispune de resurse suficiente.

5.1. Venitul minim garantat

Prestațiile utilizate în cadrul schemelor de garantare a unui nivel minim al veniturilor sunt alocații cu caracter diferențial (ajutoare sociale) acordate persoanelor/familiilor/gospodăriilor care nu dispun de venituri sau care dispun de venituri inferioare unui nivel minim, astfel încât să se asigure și acestora un nivel al resurselor suficient pentru un "traie decent" sau pentru "acoperirea nevoilor de bază".

În toate țările Uniunii Europene, cu excepția Greciei, funcționează scheme generale de venit minim garantat; de asemenea, în țările candidate la integrare în Uniunea Europeană, cu excepția Ungariei. În România, o schemă asemănătoare de ajutor social a fost instituită din 1995, venitul minim garantat fiind legiferat în 2001.

Schema generală a venitului minim garantat se adresează tuturor celor care dispun de venituri la un nivel inferior minimului garantat și constă în plata unei alocații, care acoperă ecartul între venitul minim stabilit ca necesar pentru gospodăria solicitantului de ajutor și veniturile de care dispune aceasta din diverse surse.

a. Beneficiari

În principiu, dreptul la venitul minim garantat este individual. Beneficiarii venitului minim garantat sunt:

- indivizii (persoane singure; persoane cu adulți și copii dependenți, cu posibilitatea obținerii unor suplimente la alocația de bază plătită solicitantului; persoane care trăiesc împreună cu familia, cu luarea în considerare a situației acesteia) și
- cuplurile/familiiile/gospodăriile.

b. Eligibilitate

Condițiile de eligibilitate privesc, în principal, cetățenia și/sau rezidența pe teritoriul țării, vârsta, capacitatea de muncă și disponibilitatea de angajare în muncă, epuizarea celorlalte drepturi.

Dreptul la venitul minim garantat îl au cetățenii țării (fără însă ca cetățenia să fie o condiție obligatorie), precum și alte persoane rezidente pe teritoriul acesteia: refugiați conform Convenției de la Geneva, cetățeni ai țărilor cu care statul a încheiat acorduri reciproce (în unele landuri din Austria); persoane care beneficiază de Directiva EEC 1612/68, apatrizi, refugiați (în Belgia); cetățeni străini care trăiesc în Danemarca de peste 3 ani (Danemarca); cetățeni ai țărilor semnatare ale Acordului de Securitate Socială, persoane care au obținut azil politic și alți străini, cu anumite restricții (Germania), străini rezidenți legal (Franța), refugiați, solicitanți de azil (Italia).

Rezidența legală constituie una din condițiile de eligibilitate în toate țările: îndelungată și stabilă (în Franța); cel puțin 5 din ultimii 20 de ani (Luxemburg); pe teritoriul regiunii sau municipalității (în Italia); între 3 și 5 ani în Comunitatea Autonomă (Spania).

Vârsta nu reprezintă condiție de eligibilitate în Danemarca, Germania, Italia, Austria, Finlanda și Suedia. Dreptul la venitul minim garantat se obține de la vârsta majoratului (18 ani), în Belgia (cu excepția minorilor căsătoriți, care au în întreținere copii și a minorelor însărcinate), Irlanda, Olanda (cu niveluri diferite pentru grupele de vârstă de 18-20, 21-22, 23-64 de ani și 65 de ani și peste), Portugalia (cu excepția minorilor care au în întreținere copii și a minorelor însărcinate) și în Regatul Unit (cu posibilitatea acordării ajutorului și persoanelor de 16 și 17 ani, în situații speciale). În Spania, pot solicita venitul minim garantat persoanele cu vârsta între 25 și 65 de ani (sub 25 de ani au dreptul la ajutor persoanele cu handicap), iar în Franța și Luxemburg cele de 25 de ani și peste (cu

excepția persoanelor sub 25 de ani care au în întreținere copii sau a femeilor însărcinate, respectiv a persoanelor inapte de muncă sau a celor care au în întreținere copii sau persoane invalide).

Cu excepția Regatului Unit și a Irlandei, în toate țările UE, dacă solicitantul este apt de muncă, ajutorul social se acordă cu condiția ca acesta (ambii parteneri, în cazul cuplurilor) să-și manifeste disponibilitatea de a munci: să dovedească faptul că se află în căutarea unui loc de muncă (în Belgia, Danemarca), să încerce să-și găsească un loc de muncă, cu salariu suficient (Finlanda, Suedia), să presteze orice muncă i se oferă, în condiții rezonabile (Germania, Austria, Olanda), să participe la activități de pregătire, integrare și ocupare, în baza unui contract de integrare (Franța), la activități menite să contribuie la îmbunătățirea propriei situații (Italia), să ocupe un loc de muncă sau să participe la activități de pregătire și integrare (Portugalia).

În general, ajutorul derivat din dreptul la venitul minim garantat este considerat rezidual, complementar tuturor celorlalte surse de venit, putând fi solicitat numai după epuizarea celorlalte drepturi: drepturile aferente tuturor schemelor de protecție socială, dreptul la alocații de întreținere și pensie alimentară, obligația întreținerii soției/soțului și a copiilor sub 18 ani.

Acordarea ajutorului social este condiționată, de asemenea, de:

- semnarea și ducerea la îndeplinire de către persoanele sub 25 de ani a unui contract referitor la planul individual de integrare (Belgia);
- acceptarea unei oferte adecvate de implicare în realizarea unei măsuri de ocupare sau a oricărei măsuri menite să îmbunătățească posibilitățile de integrare pe piața muncii (Danemarca);
- participarea la un program individual de reintegrare și îndeplinirea tuturor condițiilor stabilite la acordarea ajutorului în vederea evitării marginalizării (Spania);
- să nu fi părăsit sau redus munca din proprie voință, fără un motiv important, sau să nu fi fost disponibilizat din motive grave (Luxemburg);
- epuizarea capitalului propriu (Austria), absența capitalului (Suedia), capital inferior unui prag de 8000 € pentru persoanele sub 60 de ani și 12000 € pentru cele de peste 60 de ani (Regatul Unit).

c. Durata

În general, durata prestației este nelimitată, ajutorul acordându-se pe întreaga perioadă în care solicitantul se află în situația de a nu-și putea asigura mijloacele de existență minime. Perioada de acordare a ajutorului este limitată în Italia, în Franța (la 3 luni) și în Spania (la 12 luni, în general), cu posibilitatea reînnoirii sau prelungirii (pentru perioade de 3-12 luni, în Franța, sau în funcție de durata nevoii, în Italia).

d. Stabilirea nivelului venitului minim garantat

Nivelul venitului minim garantat este stabilit:

- de autoritățile naționale, fără diferențieri teritoriale (în Belgia, Danemarca, Franța, Portugalia, Regatul Unit);
- de autoritățile naționale, diferențiat pe două categorii, în funcție de tipul localităților (Finlanda);

- de autoritățile naționale și cele locale (combinație între cele două niveluri), în Suedia, Olanda și Irlanda. În Olanda, nivelurile de bază pentru cupluri, părinți singuri și persoane singure sunt stabilite la nivel național, iar autoritățile locale stabilesc alocații suplimentare (nu mai mari de 20% în raport cu salariul minim) pentru persoanele care locuiesc singure și suportă toate cheltuielile cu locuința. În Irlanda, nivelurile de bază sunt determinate la nivel național, fără diferențieri teritoriale, însă autoritățile locale au un anumit grad de libertate în tratarea cazurilor individuale, în special în cazul beneficiarilor cu nevoi speciale;
- de autoritățile landurilor în Germania și Austria, ale regiunilor în Spania și Italia, implicând diferențe atât în ceea ce privește nivelurile venitului minim garantat, cât și unele dintre condițiile de eligibilitate.

Modalitățile în care este stabilit/fundamentat venitul minim garantat sunt diferite. Astfel, în Olanda, nivelurile standard sunt stabilite prin Legea asistenței sociale naționale și sunt legate de salariul minim net. În Luxemburg, nivelurile minime de referință sunt fixate prin decizie politică, în raport cu salariul minim social și cu pensia minimă, în Danemarca se are în vedere ajutorul de șomaj maxim, iar în Portugalia pensia socială în regim noncontributiv.

În Belgia, Franța, Irlanda, Finlanda și Regatul Unit, venitul minim garantat este stabilit prin lege sau de Guvern, fără referire la alte tipuri de venituri medii sau minime și nici la bugetele de consum.

În Germania și în Austria, stabilirea venitului minim garantat are în vedere resursele necesare subzistenței. În Germania, aceasta include alimentația, locuința, îmbrăcămintea, igiena personală, echipamentul casnic, încălzirea și nevoile personale curente. Alocațiile pentru alimentație, echipament și energie casnică, precum și pentru nevoi personale curente reprezintă prestațiile standard, la care se adaugă alocațiile pentru acoperirea întregului cost al locuinței și încălzirii și prestații ocazionale, precum și prestații suplimentare pentru nevoi speciale. În Austria, nivelurile de bază sunt stabilite pentru alimentație, întreținerea îmbrăcăminții, igienă personală, căldură și lumină, mic echipament casnic și nevoi personale legate de educație și participare la viața socială, nevoile neacoperite prin prestațiile de bază fiind acoperite prin prestații bănești suplimentare sau prestații în natură.

e. Structura minimului garantat

Nivelurile venitului minim garantat sunt stabilite, în principal, sub formă modulară:

- pe diferite categorii de beneficiari: persoane singure (cu diferențieri, în funcție de vârstă); persoane care au în întreținere copii minori (părinți singuri) sau alte persoane dependente; cupluri (cu copii sau fără copii); copii și adulți dependenți (pentru care sunt stabilite suplimente la nivelurile de bază);
- pe categorii de nevoi acoperite: nevoi personale (hrană, igienă personală, educație etc.); nevoi ale gospodăriei, legate în special de locuință; nevoi speciale; nevoi excepționale.

Nivelul total al venitului minim garantat de care beneficiază o persoană sau o gospodărie rezultă din însumarea modulelor aferente persoanelor care compun familia/gospodăria, precum și a celor stabilite pe categorii de nevoi.

Tabelul nr. 5.1

Principalele categorii și componente ale venitului minim garantat

Austria	Niveluri de bază pentru: • persoane singure, fără obligația de a întreține copii; • persoane care au în întreținere membrii de familie dependenți; • membri de familie dependenți; • copii în plasament. Suplimente: • prestații speciale pentru nevoi suplimentare; • prestații bănești și în natură suplimentare pentru nevoile neacoperite prin nivelurile de bază și prestațiile speciale; • prestații unice pentru acoperirea cheltuielilor legate de obținerea unei locuințe, instalare și reparații/renovări. Alocațiile familiale se adaugă la nivelurile de bază.
Belgia	Niveluri standard pentru: • soți care locuiesc împreună; • persoane singure care locuiesc cu un copil minor necăsătorit sau cu mai mulți copii, dintre care cel puțin unul minor, necăsătorit și dependent; • persoane care locuiesc singure; • orice persoană care locuiește împreună cu una sau mai multe persoane, fie că sunt părinți, rude sau nu; • persoane cuprinse în programe de reintegrare pe piața muncii. Alocațiile familiale se adaugă la nivelurile de bază.
Danemarca	Niveluri de bază pentru: • persoane singure, peste 25 de ani; • persoane cu cel puțin un copil în întreținere; • persoane până la 25 de ani care: - locuiesc cu părinții - locuiesc separat. Suplimente pentru: • persoane care trebuie să acopere cheltuieli mari pentru întreținerea familiei și pentru locuință (de asemenea, alte suplimente posibile în cazul unor cheltuieli mari neprevăzute); • persoane care participă la activități de training (individuale sau în cadrul programelor de ocupare), pentru acoperirea costurilor determinate de această participare. Alocațiile familiale se adaugă la nivelurile de bază.
Finlanda	Niveluri de bază pentru: • persoane singure; • soț/soție; • copii mai mari de 17 ani care locuiesc cu părinții; • copii de: 0-9 ani; 10-17 ani. Asistență suplimentară posibilă pentru acoperirea: • costului locuinței (93% din cheltuielile rezonabile); • cheltuielilor medicale mari; • costului îngrijirii copiilor; • altor cheltuieli considerate esențiale.

Franța	Nivelul de bază pentru: • persoane singure. Nivelul de bază este majorat cu: • 50% pentru a doua persoană din gospodărie; • 30% pentru a treia și a patra persoană; • 40% pentru a cincea și următoarele persoane.
Germania	Rate standard pentru: • persoane singure sau pentru persoana de referință din gospodărie; • soț sau soție; • copii (în funcție de vârstă). Alocații pentru locuință și încălzire. Asistență în situații speciale: de exemplu, alocație de boală, alocații de integrare pentru persoane cu deficiențe, alocație de îngrijire sau plăți pentru asistență în rezolvarea unor dificultăți sociale. Suplimente pentru nevoi speciale pentru anumite categorii (familii mono-parentale, femei însărcinate, persoane în vârstă de peste 65 de ani cu mobilitate redusă). Prestații ocazionale pentru îmbrăcăminte, gospodării de dimensiuni mari și alte necesități (de exemplu, pentru mutare). Alocațiile pentru creșterea copiilor se adaugă la prestațiile de asistență socială.
Irlanda	Nivel de bază pentru: • persoana solicitantă. Alocații suplimentare pentru adulții și copiii dependenți. Suplimente pentru: • nevoi speciale: plata chiriei sau a dobânzii la creditul ipotecar, cheltuieli mari pentru încălzire din cauza bolii sau pentru dietă specială în caz de boală; • nevoi excepționale: dificultăți legate de cheltuieli esențiale excepționale pentru echiparea locuinței, pentru înmormântare sau alte cheltuieli mari neprevăzute. Ajutoare de urgență pentru acoperirea nevoilor de alimentație și îmbrăcăminte pentru persoanele afectate de incendii sau inundații (acordate persoanelor care nu sunt eligibile pentru ajutorul de bază). Alocațiile familiale se adaugă la nivelurile de bază.
Italia	Nivelul venitului minim garantat este stabilit de autoritățile locale în funcție de numărul membrilor familiei. În cazuri speciale se pot acorda majorări.
Luxemburg	Niveluri standard pentru: • persoane singure; • al doilea adult; • următorii adulți; • fiecare copil. Alocațiile familiale se adaugă la nivelurile de bază.
Olanda	Niveluri standard pentru: • cupluri căsătorite sau necăsătorite (indiferent de sex) în vârstă de 21-65 de ani: 100% din salariul minim net; • părinți singuri în vârstă de 21-65 de ani: 70% din salariul minim net; • persoane singure în vârstă de 21-65 de ani: 50% din salariul minim net. Suplimente pentru acoperirea cheltuielilor suplimentare cu locuința, care pot fi acordate de municipalitate persoanelor care locuiesc singure: maximum 20% din salariul mediu net. Alocația maximă pentru cheltuielile cu locuința poate fi acordată și altor persoane care locuiesc singure.

	Asistență specială pentru familiile cu nevoi excepționale (cheltuieli incidentale, dar necesare): contribuții la călătorii școlare, cumpărare de frigider/mobilă, cheltuieli excepționale cu locuința. Asistența este acordată nu numai beneficiarilor de prestații de bază, ci și celor care dispun de venituri aflate imediat deasupra minimului social. Alocațiile familiale se adaugă la nivelurile de bază.
Portugalia	Niveluri standard pentru: • primul și al doilea adult: 100% din pensia socială; • al treilea și următorii adulți: 70% din pensia socială; • fiecare copil: 50% din pensia socială. Supliment acordat în cazurile în care cheltuielile cu locuința depășesc 25% din salariul minim. Alocațiile familiale se adaugă la nivelurile de bază.
Regatul Unit	Nivelul venitului minim garantat este compus din: • alocații personale pentru: - persoane singure de 25 de ani și peste; - părinți singuri de 18 ani și peste; - cupluri (cel puțin unul dintre parteneri de 18 ani și peste); - copii dependenți: - sub 16 ani; - 16-18 ani; • prime specifice pentru: - familie; - pensionari; - cuplu; - handicap: - persoană singură; - cuplu; - handicap sever: - persoană singură; - cuplu: - unul dintre parteneri cu handicap sever; - ambii parteneri cu handicap sever; • majorarea primelor pentru handicap: - persoană singură; - cuplu; - copil cu handicap; - persoana care îngrijește copilul cu handicap.
Spania	Nivel de bază pentru familie, indiferent de mărime, cu suplimente pentru fiecare persoană dependentă. Suplimente care variază de la o comunitate autonomă la alta.
Suedia	Sume aferente acoperirii cheltuielilor pentru alimentație, îmbrăcăminte și încălțăminte, timp liber, sănătate și igienă, ziarul zilnic, telefon și televizor pentru: • persoane singure; • cupluri; • copii, la diferite grupe de vârstă. Alocație pentru acoperirea cheltuielilor comune în gospodărie, în funcție de mărimea gospodăriei. Ajutor pentru acoperirea cheltuielilor rezonabile cu locuința, consumul casnic de energie electrică, transport la și de la locul de muncă, asigurarea gospodăriei, sănătate, îngrijire stomatologică de urgență, ochelari, cotizații la sindicat și contribuții la un fond de asigurare de șomaj.

Sursa: EC-MISSOC, 2002.

f. Nivelul venitului minim garantat

Nivelul venitului minim garantat rezultă din însumarea nivelurilor stabilite pentru componentele sale modulare. Ca și în cazul structurii minimului garantat, există diferențe sensibile între țări și în ceea ce privește nivelurile componentelor. De pildă, la începutul anului 2002, venitul garantat pentru o persoană singură varia între 1065 de euro lunar în Danemarca și 138 de euro în Portugalia.

Aceste diferențe derivă, în principal, din standardul general de viață și nivelul de protecție oferit de prestațiile tradiționale de securitate socială, din capacitatea economiei de a asigura un anumit standard minim pentru toate gospodăriile, precum și din concepția asupra nivelului de protecție dezirabil și oportun la un moment dat.

Tabelul nr. 5.2

Nivelul principalelor componente ale venitului minim garantat (în euro lunar)

Austria	Persoană singură	382,10 - 496,50
	Cuplu fără copii	548,80 - 719,40
	Părinte singur	322 - 451
	Partener	195,47 - 280
Belgia	Cuplu cu sau fără copii	762,96
	Persoană care locuiește singură	572,22
	Familie monoparentală	762,96
	Coabitant	381,48
Danemarca	Persoană singură, peste 25 de ani	1065
	Persoană cu cel puțin un copil în întreținere	1414
	Persoană până la 25 de ani care	
	- locuiește cu părinții	331
	- locuiește separat	686
(niveluri de bază, fără alocația pentru locuință)		
Finlanda	Persoană singură și părinte singur	370,48 / 354,54
	Cuplu (fiecare soț)	314,91 / 301,36
	Copil mai mare de 17 ani care locuiește cu părinții	270,45 / 258,81
	Copil de 10-17 ani	259,34 / 248,18
	Copil sub 10 ani	233,40 / 223,36
Franța	Persoană singură	405,62
	A doua persoană din gospodărie	202,81
	A treia și a patra persoană	121,69
	A cincea și următoarele persoane	162,25
Germania	Niveluri standard medii în vechile landuri, fără alocații pentru locuință:	
	- persoane singure sau pentru persoana de referință din gospodărie	332
	- al doilea și următorii adulți din gospodărie	268
	- copil sub 7 ani	166
	- copil sub 7 ani (familie monoparentală)	183
	- copil de 7-14 ani	224
	- copil de 7-14 ani (familie monoparentală)	258
	- copil de 14-18 ani	299
	- copil de 14-18 ani (familie monoparentală)	315
	Alocații pentru locuință și încălzire medii, în vechile landuri:	
	- 1 persoană	301

	- 2 persoane - 3 persoane - 4 persoane - 5 persoane	395 462 511 572
Irlanda	Persoană singură - soț/soție - copil - copil în familie monoparentală	514,80 341,50 72,80 83,60
Italia	Persoană singură - 2 persoane - 3 persoane - 4 persoane - 5 persoane	232 - 269 338 - 542 440 - 697 542 - 852 594 - 914
Luxemburg	Persoane singure - soț/soție - copil	919,05 459,50 83,60
Olanda	Cupluri căsătorite sau necăsătorite, cu sau fără copii - părinți singuri - persoane singure	1047,02 732,91 523,51
Portugalia	Primul și al doilea adult Al treilea și următorii adulți Fiecare copil	138,27 96,80 69,14
Regatul Unit (niveluri săptămânale)	Alocații personale pentru: - persoane singure de 25 de ani și peste - părinți singuri de 18 ani și peste - cupluri (cel puțin unul dintre parteneri de 18 ani și peste) - copii dependenți: - sub 16 ani - 16-18 ani Prime specifice pentru: - familie - pensionari - cuplu - handicap: - persoană singură - cuplu - handicap sever - persoană singură - cuplu: - unul dintre parteneri cu handicap sever - ambii parteneri cu handicap sever Majorarea primelor pentru handicap: - persoană singură - cuplu - copil cu handicap - persoana care îngrijește copilul cu handicap	85 85 133 50 52 23 62 92 36 52 66 66 133 18 26 48 39
Spania	Niveluri diferite pe regiuni	...
Suedia	Sume aferente acoperirii cheltuielilor pentru alimentație, îmbrăcăminte și încălțăminte, timp liber, sănătate și igienă, ziarul zilnic, telefon și televizor pentru: - persoană singură - cuplu - copil sub 1 an	271 492 147

- copil de 1-2 ani	173
- copil de 3 ani	138
- copil de 4-6 ani	173
- copii de 7-10 ani	191
- copii de 11-14 ani	221
- copii de 15-18 ani	250
Alocație pentru acoperirea cheltuielilor comune în gospodărie:	
- 1 persoană	67
- 2 persoane	76
- 3 persoane	87
- 4 persoane	94
- 5 persoane	104
- 6 persoane	111
- 7 persoane	117

Sursa: EC-MISSOC 2002.

Rezultatele cumulării sumelor stabilite pe componentele modulare ale venitului minim garantat, pe principalele tipuri de gospodării sunt prezentate în tabelul nr. 5.3.

Tabelul nr. 5.3

Nivelul venitului minim garantat* pe principalele tipuri de gospodării, în anul 2002

- euro lunar pe gospodărie -

	Persoană sin-gură	Cuplu fără copii	Cuplu cu			Gospodărie monoparentală cu	
			un copil ¹⁾	doi copii ²⁾	trei copii ³⁾	un copil ¹⁾	doi copii ⁴⁾
Austria	382,10-496,50	548,80-719,40	799,60-981,00	979,00-1237,20	1222,30-1524,30	542,30-712,60	754,70-968,80
Belgia	572,22	762,96	895,07	1087,03	1312,36	895,07	1073,97
Danemarca	1065	2129	2929	3028	3128	1603	1746
Finlanda	370,48/354,54	629,82/602,72	889,16/850,90	1104,04/1056,53	1326,32/1269,26	629,82/602,72	844,70/808,35
Franta	405,62	608,43	730,12	851,81	1014,06	608,43	730,12
Germania	633	695	1286	1558	1843	1029	1354
Irlanda	514,80	856,30	1046,70	1237,10	1457,20	716,00	917,30
Italia	232-269	338-542	440-697	542-852	594-914	338-542	440-697
Luxemburg	919,05	1378,55	1644,35	2003,64	2429,87	1185,45	1514,83
Olanda	523,51	1047,02	1120,31	1219,78	1319,25	596,80	696,27
Portugalia	138,27	276,54	345,68	414,81	483,94	207,41	276,54
Regatul Unit	728	1004	1322	1540	1758	1055	1273
Spania	...	...	...	...	...	...	...
Suedia	338	569	803	987	1199	539	740

* În Austria, Belgia, Danemarca, Irlanda și Luxemburg sumele includ și alocațiile familiale, pentru asigurarea comparabilității acestor țări (în care alocațiile familiale nu sunt luate în considerare la calculul veniturilor gospodăriei în determinarea ajutorului social) cu țările în care alocațiile familiale sunt luate în considerare în calculul ajutorului social.

1) În cazul țărilor în care alocațiile pentru copii și/sau nivelurile standard aferente copiilor depind de vârsta acestora (Austria, Belgia, Danemarca, Finlanda, Germania, Luxemburg, Regatul Unit și Suedia), au fost luate în considerare, exemplificativ, nivelurile co-respunzătoare copiilor de 10 ani.

2) Copii de 8 și 12 ani.

3) Copii de 8, 10 și 12 ani.

4) Copii de 8 și 10 ani.

Sursa: EC-MISSOC, 2002.

În general, nivelurile standard ale venitului minim garantat sunt actualizate anual, prin indexare. Actualizarea se realizează o dată pe an în funcție de evoluția:

- prețurilor (Franța, Spania, Irlanda, Regatul Unit);
- venitului net, a structurii consumului și a costului vieții (Germania);
- salariilor, conform unei rate de ajustare a pensiei sociale și altor prestații sociale, stabilite anual (Danemarca);
- pensiilor (Austria și Finlanda);
- pensiei sociale în regim noncontributiv (Portugalia);
- pensiei minime, la rândul ei ajustată în funcție de indicele prețurilor de consum și de creșterea salariilor (Italia).

În Olanda, nivelurile minimului se ajustează de două ori pe an (la începutul și la jumătatea anului), în funcție de modificarea salariilor contractuale.

În Belgia și în Luxemburg, actualizarea se face automat, în funcție de indicele prețurilor de consum, atunci când creșterea prețurilor față de ultima ajustare atinge 2% și respectiv 2,5%. Nivelurile de bază pot fi modificate, în Belgia, și de către rege.

În Suedia, nivelurile minimului sunt stabilite anual de către Guvern și Parlament, precum și de către autoritățile locale.

g. Nivelul prestației

Cuantumul ajutorului social (alocației) de care beneficiază persoana/gospodăria care solicită asistență în cadrul schemelor de garantare a venitului minim se stabilește ca diferență între nivelul minimului garantat aferent persoanei și dependenților sau gospodăriei solicitante (rezultat al însumării nivelurilor standard corespunzătoare) și veniturile (resursele) acestora.

În calculul cuantumului ajutorului se au în vedere resursele solicitantului de ajutor și ale persoanelor dependente, ale familiei sau gospodăriei din care acesta face parte. Modul în care este definită unitatea luată în considerare la calculul resurselor diferă de la o țară la alta:

- beneficiarul și membrii dependenți ai familiei, care trăiesc în aceeași gospodărie (Austria);
- beneficiarul și copii sub 18 ani (Danemarca); beneficiarul, partenerul și copiii sub 18 ani (Olanda);
- gospodăria: beneficiarul și persoanele dependente (Irlanda); beneficiarul, partenerul și dependenții sub 25 de ani (Franța); toate persoanele care trăiesc în gospodărie (Luxemburg);
- unitatea familială (Italia și Spania);
- solicitantul și familia sa (Regatul Unit) sau solicitantul și/sau familia sa (Finlanda și Suedia);
- cuplul sau persoana care trăiește singură (Belgia).

În general, se iau în calcul toate resursele, indiferent de origine și natură. Aceasta înseamnă luarea în considerare a tuturor veniturilor și a averii, cu unele excepții. Excepțiile se referă la:

- unele venituri din prestații sociale, în principal prestațiile familiale (Belgia, Danemarca, Irlanda, Luxemburg, Olanda, Austria, Portugalia, numai alocația pentru îngrijirea copilului în Germania); alocații legate de invaliditate și de accidente de muncă (Danemarca); prestațiile de maternitate și cele legate de îngrijirea pe termen lung (Luxemburg); ajutoarele primite de la organizații de asistență independente, ajutoare financiare legate de îngrijire, alocații pentru educație (Austria); alocații legate de locuință, alocații și burse de studii (Portugalia); alocațiile pentru locuință și prestațiile noncontributive pentru persoane cu handicap (Regatul Unit);
- veniturile din muncă: la nivelul de 1,55 de euro/oră pentru maximum 160 de ore lunar (Danemarca); în proporție de 20% (Portugalia);
- locuința (Danemarca, Irlanda, Italia); mijloacele necesare pentru asigurarea activității profesionale a beneficiarului și a familiei sale sau a accesului la educație/formare profesională (Danemarca); un nivel minim al capitalului (Danemarca, Olanda, Regatul Unit).

În general, veniturile obținute în cadrul schemei de garantare a minimului de resurse nu sunt impozitate și nici nu se plătesc contribuții de asigurări sociale pe baza lor. Prestațiile sunt supuse impozitării numai în Danemarca, Spania, Luxemburg și Olanda. În Danemarca, beneficiarii schemei plătesc contribuții pentru pensia suplimentară (o treime în sarcina beneficiarului și două treimi în sarcina autorității locale), iar în Olanda - pentru asigurările pentru urmași, pentru cheltuieli medicale excepționale, pentru pensia de bătrânețe și, în unele cazuri, pentru asigurările de sănătate.

h. Măsuri de stimulare a (re)integrării în muncă

Schemele de venit minim garantat prevăd și măsuri de stimulare și susținere a integrării/reintegrării în muncă a beneficiarilor. Acestea se realizează pe trei planuri.

În primul rând, pentru a stimula pe beneficiari să-și caute și să ocupe un loc de muncă (chiar cu timp parțial și 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 include în venituri) sau ajutorul poate fi cumulat cu câștigul, cel puțin o anumită perioadă de timp. De pildă, în Belgia, în cazul în care beneficiarul ocupă un loc de muncă sau participă la o formă de pregătire profesională, timp de maximum trei ani, venitul rezultat se ia în considerare la calculul ajutorului numai după scăderea unei sume ce reprezintă aproape o treime din minimul garantat pentru o persoană singură. În Danemarca, Germania și Regatul Unit, veniturile luate în considerare, în general, la calculul ajutorului nu cuprind o parte a câștigurilor din muncă: în Danemarca această parte se calculează în funcție de orele de muncă (1,55 de euro/oră, maximum 160 de ore lunar); în Regatul Unit sumele deduse sunt de 7,98 de euro/săptămână pentru o persoană singură, 16 euro pentru cupluri și 32 de euro pentru părinți singuri, pentru bolnavi și handicapați. În Germania este posibilă plata în continuare a ajutorului timp de 12 luni după ocuparea unui loc de muncă. Cumularea ajutorului cu câștigul, pentru o perioadă limitată, este posibilă și în Franța. În Regatul Unit, părinții singuri beneficiază de plata ajutorului încă două săptămâni după începerea lucrului, iar de plata alocației pentru locuință încă patru săptămâni.

În al doilea rând, în toate țările există programe de susținere a ocupării persoanelor aflate în sarcina sistemelor de venit minim garantat. Acestea vizează, pe de o parte, stimularea creării de locuri de muncă, inclusiv pentru persoanele cu probleme speciale (handicapați, bolnavi, părinți singuri etc.) și, pe de altă parte, pregătirea acestor persoane în vederea dobândirii abilităților necesare ocupării unui loc de muncă (cursuri de calificare/recalificare, programe de integrare socială).

A treia modalitate de orientare spre ocupare a programelor de venit minim garantat are caracter restrictiv, în sensul că ajutorul social este acordat numai cu condiția ca beneficiarul apt de muncă să caute loc de muncă și să participe la programele de integrare/reintegrare profesională și socială. În cazul în care persoanele apte de muncă refuză un loc de muncă potrivit, oferit de oficiile de ocupare, acordarea ajutorului poate înceta sau cuantumul acestuia este redus.

5.2. Prestații asociate venitului minim garantat

Venitului minim garantat îi este asociat, în general, dreptul la prestații de ocrotire a sănătății și la prestații legate de susținerea cheltuielilor cu locuința.

De prestații de ocrotire a sănătății beneficiază în mod gratuit, nu în virtutea unui drept asociat minimului garantat, toate persoanele rezidente pe teritoriul țărilor în care ocrotirea sănătății este un drept universal (Danemarca, Italia, Portugalia, Finlanda, Suedia și Regatul Unit). În Irlanda, unde ocrotirea sănătății este numai parțial gratuită pentru toți rezidenții, persoanele ale căror resurse se află sub un anumit nivel beneficiază de gratuitate totală. În Spania, de asemenea, asistența medicală este gratuită pentru persoanele lipsite de resurse.

În țările în care funcționează sisteme de asigurări de sănătate, persoanele acoperite de schemele de venit minim garantat beneficiază de prestații asociate acestui minim: servicii în cadrul sistemului general de asigurări de sănătate sau al sistemului universal (Couverture Maladie Universelle), în Franța; asigurare voluntară gratuită (Belgia); compensarea cheltuielilor pentru asigurare privată (Olanda). În Germania și Austria, cheltuielile pentru asigurarea de sănătate sau plățile directe pentru servicii de sănătate și alte cheltuieli sunt acoperite de ajutorul social.

Cheltuielile legate de locuință sunt cuprinse în venitul minim garantat, fiind luate în considerare la calculul cuantumului acestuia în Germania, Olanda, Austria, Suedia și (parțial, în măsura în care nu sunt acoperite de alocația pentru locuință) în Regatul Unit. În Franța, Danemarca și Finlanda, cheltuielile cu locuința sunt acoperite de alocația pentru locuință, conform unor scheme independente de cea de minim garantat; în Danemarca există suplimente la minimul garantat pentru cheltuielile importante cu locuința. Suplimente la minimul garantat sunt plătite și în Italia: pentru acoperirea totală sau parțială a cheltuielilor cu locuința, în cazul persoanelor vârstnice (în unele regiuni) sau pentru plata facturii la energie electrică și gaze, pentru acoperirea costului unor reparații inevitabile (în unele regiuni). În Luxemburg, se acordă un supliment pentru chirie, egal cu diferența dintre chiria plătită și 10% din venitul minim garantat, iar în Austria se acordă prestații suplimentare bănești și în natură pentru cheltuielile cu locuința neacoperite de nivelurile de bază ale venitului minim garantat.

5.3. Prestații minime categoriale și ajutoare speciale

Sistemele de securitate socială din unele țări europene cuprind prestații minime specifice unor categorii de populație. Astfel de prestații se adresează în principal persoanelor vârstnice și celor cu handicap.

Principalele tipuri de prestații minime specifice persoanelor vârstnice sunt:

- venitul garantat pentru persoane vârstnice (Belgia), de care beneficiază orice persoană de 62 de ani și peste, rezidentă în țară, ale cărei resurse se află sub un anumit nivel (inclusiv resursele persoanelor cu care formează o gospodărie);
- pensia noncontributivă de bătrânețe (Spania și Irlanda), de care beneficiază persoanele în vârstă de peste 65 de ani, care nu au dreptul la pensie în regim contributiv și nu dispun de resurse sau acestea sunt sub un anumit nivel;
- pensia socială (Italia) și pensia socială de bătrânețe (Portugalia), de care beneficiază persoanele de peste 65 de ani, cu venituri sub un nivel stabilit diferit pentru persoane singure sau cupluri, în Italia, respectiv sub 30% (persoană singură) și 50% (cuplu) din salariul minim, în Portugalia;
- pensie categoria D pentru persoane de 80 de ani și peste, care nu beneficiază de altă pensie de nivel cel puțin egal (Regatul Unit);
- alocație specială și alocație suplimentară, de care beneficiază persoanele de 65 de ani și peste (60 de ani și peste, dacă persoana este bolnavă), care nu au dreptul la altă pensie și dispun de resurse sub un anumit nivel (Franța).

Prestația este, în general, diferențială, cuantumul ei fiind egal cu diferența dintre nivelul minim stabilit și veniturile beneficiarului (inclusiv ale partenerului). Nivelul minim stabilit este ceva mai mare decât cel stabilit în cadrul schemei generale de venit minim garantat (Belgia, Franța, Irlanda). În Spania și Italia, acest nivel este stabilit la nivel național, spre deosebire de cel din schema generală, stabilit la nivel regional. Pensia de bătrânețe categoria D, din Regatul Unit, este stabilită ca sumă fixă.

Prestațiile minime noncontributive de invaliditate sunt alocații, indemnizații sau pensii de care beneficiază persoanele handicapate sau bolnave, care nu dispun de resurse suficiente.

Tabelul nr. 5.4

Prestații noncontributive de invaliditate

	Prestații	Beneficiari
Belgia	Alocația de substituere a veniturilor Alocația de integrare Alocația de asistență pentru persoane vârstnice	Persoane cu handicap cu vârsta cuprinsă între 21 și 65 de ani (primele două alocații) sau în vârstă de peste 65 de ani (a treia alocație), ale căror resurse sunt sub un anumit nivel

	Prestații	Beneficiari
Franța	Alocație pentru adulți handicapați	Persoane cu vârsta cuprinsă între 20 și 60 de ani care au un handicap permanent (în proporție de cel puțin 80%) sau care nu pot ocupa un loc de muncă datorită handicapului și ale căror resurse nu depășesc un anumit nivel
Irlanda	Alocație de invaliditate	Persoane handicapate, cu resurse sub un anumit nivel
Italia	Pensia de invaliditate pentru civili Pensia pentru nevăzători Pensia pentru surdo-muți Alocația lunară pentru civili parțial invalizi Alocația lunară pentru civili minori invalizi Alocație pentru însoțitor Alocație specială pentru parțial nevăzători Alocație de comunicare pentru surdo-muți	Pensii: persoane cu handicap 100%, nevăzători sau surdo-muți, ale căror resurse se află sub un anumit nivel Alocații lunare: persoane ale căror resurse se află sub un anumit nivel Celelalte alocații: persoane handicapate care au nevoie de însoțitori, parțial nevăzători, surdo-muți (fără testarea resurselor)
Olanda	Supliment la indemnizația de invaliditate până la minimul social	Lucrătorii beneficiari de indemnizații de invaliditate pentru persoane handicapate tinere, de indemnizații de asigurări de invaliditate pentru persoane ocupate pe cont propriu și de indemnizații din sistemul de asigurări de invaliditate, ale căror resurse sunt inferioare minimului social
Portugalia	Pensie socială de invaliditate	Persoane în vârstă de peste 18 ani, aflate în incapacitate de muncă, fără drept la pensie în sistem contributiv și fără resurse suficiente
Regatul Unit	Alocația pentru handicap sever Alocația pentru invaliditate și alocația de îngrijire pentru persoanele vârstnice Scutire de taxe pentru persoanele cu handicap	Persoane aflate în incapacitate de muncă, dar care nu au plătit contribuții suficiente pentru dobândirea dreptului la indemnizația de boală
Spania	Pensia noncontributivă de invaliditate	Persoane cu vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani, fără drept la pensie în sistem contributiv și resurse sub un anumit nivel

Sistemele de securitate socială cuprind, de asemenea, prestații specifice copiilor, șomerilor, familiilor monoparentale și altor categorii de populație afectate de lipsa resurselor, precum și o serie de ajutoare acordate în regim noncontributiv.

Tabelul nr. 5.5

Alocații și ajutoare speciale în regim noncontributiv

Belgia	Plata în avans a pensiei alimentare. Prestații familiale garantate, acordate în funcție de venituri și diferențiate după rangul și vârsta copiilor. Prestații suplimentare acordate de centrele publice de asistență socială.
Danemarca	Asistență în situații speciale: - acoperirea cheltuielilor personale (ocrotirea sănătății, ajutoare și educație pentru copii, mutarea într-o locuință mai bună); - venit compensator și acoperirea cheltuielilor adiționale pentru persoanele care au un copil handicapat sub 18 ani, care locuiește 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	Alocație pentru locuință. Alocație pentru persoanele aflate în întreținerea militarilor în termen.
Franța	Alocație de integrare (alocație forfetară, cu testarea resurselor, pentru anumite categorii de persoane aflate în căutarea unui loc de muncă). Alocația de părinte singur (alocație diferențială, cu testarea resurselor, pentru femei însărcinate sau familii monoparentale). Diferite alocații speciale de asistență.
Germania	Ajutoare pentru nevăzători. Alocații pentru părintele care stă acasă pentru îngrijirea copilului mic. Alocații pentru educație. Alocații pentru locuință.
Grecia	Alocație de șomaj pentru persoanele aflate în căutarea primului loc de muncă și pentru anumite categorii de repatriați. Alocație forfetară pentru copiii fără susținător. Alocație forfetară pentru repatriați. Ajutoare pentru persoane care se confruntă cu dificultăți deosebite. Alocație de maternitate pentru mamele fără susținere financiară. Alocație forfetară pentru locuință. Ajutoare pentru refugiați de origine greacă veniți din Europa de Est, Egipt sau Albania (cu testarea resurselor). Alocații familiale pentru emigranții greci reveniți în țară. Alocație forfetară pentru familii monoparentale. Alocație pentru încălzire acordată persoanelor handicapate.
Irlanda	Alocația de părinte singur. Pensia noncontributivă de văduvie. Alocație pentru îngrijire, pentru persoanele care îngrijesc persoane care necesită atenție și grijă permanentă. Pensie pentru nevăzători. Suplimente pentru chirie sau dobândă la creditul pentru locuință. Suplimente pentru nevoi speciale. Suplimente pentru nevoi excepționale. Alocație pentru îmbrăcăminte și încălțăminte la începutul anului școlar .

Italia	Asistență financiară pentru refugiați politic. Asistență financiară pentru victimele calamităților naturale. Asistență pentru studenți: burse și alocații. Ajutoare pentru imigranți. Asistență financiară în situații deosebit de grele.
Olanda	Prestații minime noncontributive pentru șomeri: - alocație suplimentară pentru persoanele care beneficiază de ajutor de șomaj în regim contributiv; - alocație pentru persoanele vârstnice, parțial handicapate, aflate în șomaj. Prestații minime noncontributive pentru anumite persoane ocupate pe cont propriu: alocații pentru persoane vârstnice, parțial invalide, ex-lucrători pe cont propriu .
Portugalia	Pensia de văduvie, pentru persoane fără drept de pensie în regim contributiv și fără resurse suficiente (60% din pensia socială). Pensia pentru orfani. Supliment pentru îngrijire pe termen lung. Supliment extraordinar de solidaritate (pentru beneficiarii de pensie socială de invaliditate sau bătrânețe).
Regatul Unit	Ajutor pentru locuință. Ajutor pentru plata taxelor locale. Ajutoare din fondul social pentru maternitate, pentru înmormântare, pentru încălzire; alocații pentru îngrijire și împrumuturi pentru acoperirea cheltuielilor curente și în situații de criză.
Spania	Alocație noncontributivă pentru copii (cu testarea resurselor, cu excepția copiilor handicapați).
Suedia	Ajutor financiar și servicii pentru persoane cu deficiențe funcționale (handicapate).

5.4. Volumul prestațiilor

Calculat pe baza informațiilor statistice oferite de Oficiul de Statistică al Uniunii Europene (Eurostat), în anul 1999, volumul total al prestațiilor orientate spre combaterea sărăciei și a excluderii sociale în Uniunea Europeană a fost de 221,5 miliarde de euro, ceea ce înseamnă în medie 588 de euro pe locuitor. Ponderea lor în volumul total al prestațiilor sociale a fost de 10,5%, iar în produsul intern brut de 2,8%.

Datele evidențiază diferențe mari între țări, atât în ceea ce privește volumul prestațiilor orientate spre combaterea sărăciei, cât și ponderea lor în totalul prestațiilor sociale și în PIB. Diferențele derivă, în principal, din potențialul economic și din structura sistemelor de protecție socială. Raportat la numărul populației, volumul acestor prestații este înalt, depășind 800 de euro în Regatul Unit, Irlanda și Finlanda, țări în care sistemul de protecție socială este de tip beveridgian și în care o parte importantă a prestațiilor sociale se acordă numai celor care dispun de niveluri scăzute ale resurselor. De remarcat însă că Regatul Unit și Irlanda se caracterizează prin incidența relativ înaltă a sărăciei (în 1997, rata sărăciei era de 18% și respectiv 19%, față de 17% în medie la nivelul Uniunii

Europene), iar Finlanda prin cea mai scăzută incidență a sărăciei (8%). Volumul prestațiilor este mult mai scăzut, sub 300 de euro *per capita*, în Austria și Belgia, țări cu un potențial economic înalt, cu sisteme de protecție socială dezvoltate, de tip bismarkian, și în care incidența sărăciei este inferioară mediei europene (14% și respectiv 16%); de asemenea, în Grecia și Portugalia, țări cu potențial economic relativ scăzut, în care sistemul de protecție socială, în special componenta sa de garantare a unui nivel minim al resurselor, este mai puțin dezvoltat și care înregistrează rate înalte ale sărăciei (21% și respectiv 22%). Și în sistemul de protecție socială din Italia, prestațiile orientate spre combaterea sărăciei au o importanță mai mică, reprezentând numai 4,4% din totalul prestațiilor sociale.

Tabelul nr. 5.6

Volumul prestațiilor orientate spre combaterea sărăciei și a excluderii sociale, în anul 1999

	Total prestații, mil. euro	Prestații per capita, euro	Pondere în total prestații sociale, %	Pondere în PIB, %
Austria	2399	296	4,4	1,2
Belgia	2980	291	4,8	1,3
Danemarca	3109	585	6,6	1,9
Finlanda	4639	898	14,8	3,9
Franța	45137	750	11,6	3,3
Germania	53501	652	9,5	2,7
Grecia	3074	292	10,6	2,6
Irlanda	3571	954	28,6	4,0
Italia	11812	205	4,4	1,1
Luxemburg	189	437	4,9	1,0
Olanda	12460	788	12,6	3,3
Portugalia	1662	166	7,8	1,6
Regatul Unit	58795	988	16,8	4,3
Spania	13776	349	12,6	2,4
Suedia	4406	497	6,0	2,0
UE-15	221510	588	10,5	2,8

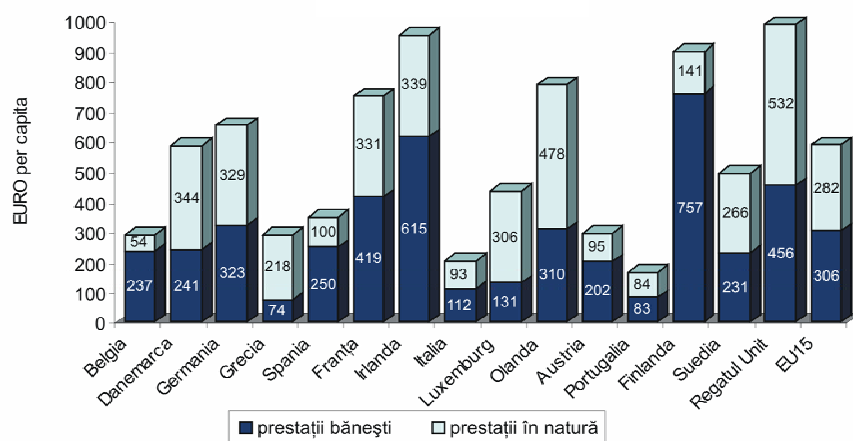
Sursa: calculat pe baza datelor din: European social statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-99, Eurostat, 2001.

Jumătate din volumul total al prestațiilor legate de combaterea sărăciei și a excluderii sociale în Uniunea Europeană (52%) este formată din prestațiile bănești: alocații și ajutoare plătite periodic sau o singură dată, ocazional. Conform clasificării ESSPROS, prestațiile în natură sunt cele acordate sub formă de bunuri și servicii, fie direct, fie prin compensarea (decontarea sau restituirea) cheltuielilor efectuate de gospodării pentru utilizarea bunurilor și serviciilor.

Volumul și ponderea prestațiilor bănești și a celor în natură în totalul prestațiilor orientate spre combaterea sărăciei diferă de la o țară la alta.

Figura 5.1

Prestațiile orientate spre combaterea sărăciei și excluderii sociale, după tipul prestației, 1999



Numai o mică parte a prestațiilor orientate spre combaterea sărăciei au drept funcție principală combaterea sărăciei și a excluderii sociale, prin garantarea unui anumit nivel al veniturilor, prin acordarea unor ajutoare pentru situații speciale și nevoi excepționale și prin asigurarea unor servicii speciale: 15,5% la nivelul Uniunii Europene. Cea mai mare parte a prestațiilor implicate în combaterea sărăciei au în principal alte funcții de protecție socială, legate de susținerea veniturilor și de ajutor în cazul producerii unor riscuri sociale (boală, handicap, bătrânețe, pierderea susținătorului, șomaj), de susținere a familiilor cu copii, precum și de satisfacere a nevoilor de ocrotire a sănătății și de locuință. Fiind însă acordate numai persoanelor/familiilor lipsite de resurse sau care dispun de venituri/resurse sub un anumit nivel, în condițiile controlului resurselor (*means-tested*), aceste prestații au, în secundar, și funcția de protecție împotriva riscului de sărăcie sau de susținere a persoanelor afectate de sărăcie.

Pe ansamblul Uniunii Europene, prestațiile legate de protecția familiilor cu copii și a copiilor și cele legate de locuință (acordate cu controlul resurselor) dețin câte o cincime din totalul prestațiilor orientate spre combaterea sărăciei și a excluderii sociale. Prestațiile legate de protecția familiilor și copiilor care dispun de un nivel scăzut al resurselor se acordă sub formă bănească (alocații familiale/alocații pentru copii, indemnizații pentru concedii de maternitate și pentru îngrijirea copiilor, indemnizații de naștere, alocații pentru familii monoparentale sau pentru familii care au în întreținere copii cu handicap) și în natură (servicii de îngrijire a copiilor în creșe și grădinițe sau la domiciliu, diferite bunuri și servicii acordate familiilor și copiilor)¹. Toate prestațiile legate de locuință sunt acordate cu controlul resurselor, în natură, sub forma alocațiilor pentru acoperirea chiriei, a

¹ Un sfert din volumul total al prestațiilor de protecție socială a familiei și copilului din țările Uniunii Europene (25,4% în 1999) este deținut de cele acordate cu controlul resurselor, din care cele în natură reprezintă mai mult de jumătate (14,1%).

locuinței sociale și a alocațiilor pentru acoperirea unor cheltuieli legate de locuința aflată în proprietatea gospodăriei (plata ratelor și/sau dobânzii la creditul ipotecar).

Prestațiile destinate persoanelor vârstnice și celor afectate de invaliditate, lipsite de resurse, formează 14,7% și, respectiv, 14,2% din totalul prestațiilor orientate pentru combaterea sărăciei și excluderii sociale în țările Uniunii Europene. Prestațiile acordate cu controlul resurselor reprezintă însă numai 3,7% din totalul prestațiilor de protecție a vârstnicilor și 18,1% din cele destinate persoanelor aflate în invaliditate sau cu handicap. Acestea sunt în principal pensii sociale/pensii în regim noncontributiv, servicii de asistență în instituții și la domiciliu.

Tabelul nr. 5.7

Structura prestațiilor orientate spre combaterea sărăciei și excluderii sociale, după funcția principală, 1999

	Sănă- tate	Invali- ditate	Bătrâ- nețe	Urmași	Familie/ copii	Șomaj	Locuință	Excludere socială
Belgia	6,3	32,9	12,4	0,0	2,0	0,0	0,0	46,3
Danemarca	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2	0,0	37,0	55,8
Germania	3,5	17,7	4,5	0,1	29,5	17,0	6,8	20,9
Grecia	0,7	6,9	9,5	2,3	30,2	3,4	28,9	18,1
Spania	6,9	8,6	34,3	2,9	5,9	26,4	9,5	5,4
Franța	2,5	11,4	12,2	0,3	28,0	5,9	27,3	12,4
Irlanda	17,7	7,2	16,4	2,6	18,5	18,5	11,9	7,1
Italia	0,8	35,7	27,9	0,0	31,9	0,0	1,0	2,8
Luxemburg	2,8	5,3	21,6	0,0	47,2	0,0	5,4	17,7
Olanda	0,1	2,0	19,0	0,0	0,3	20,1	12,7	45,8
Austria	0,0	4,0	13,7	13,8	4,9	27,0	7,9	28,6
Portugalia	0,6	11,8	27,7	0,1	24,1	13,2	0,2	22,3
Finlanda	0,0	12,9	39,4	0,3	2,3	20,3	10,7	14,0
Suedia	0,0	7,9	10,7	0,1	0,1	0,0	38,7	42,6
Regatul Unit	1,2	14,4	16,8	1,2	16,9	7,8	36,2	5,6
UE-15	2,5	14,2	14,7	0,8	20,6	11,3	20,4	15,5

Sursa: calculat pe baza datelor din: European social statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-99, Eurostat, 2001.

Prestațiile de protecție a șomerilor acordate cu controlul resurselor, în 1999, au format 11,3% din totalul prestațiilor orientate spre combaterea sărăciei și 17,3% din totalul prestațiilor de șomaj. Cea mai mare parte a acestora sunt prestații bănești (98%): indemnizații de șomaj, indemnizații pentru cei care urmează cursuri de calificare/recalificare, plăți compensatorii în cazul pierderii locului de muncă din cauza încetării sau reducerii activității.

Prestațiile a căror funcție principală este combaterea sărăciei și a excluderii sociale au însumat în anul 1999, la nivelul Uniunii Europene, 34361 de milioane de euro, în medie 91 de euro pe locuitor. Acestea au reprezentat 1,6% din totalul prestațiilor sociale și 0,4% din PIB.

Raportat la numărul locuitorilor, volumul prestațiilor este considerabil mai înalt în Olanda, Danemarca și Suedia, țări caracterizate prin locul important al schemei generale de venit minim garantat și cuantumul înalt al acestuia, precum și prin cele mai scăzute rate ale sărăciei (12% în 1996, față de 17% în medie la nivelul Uniunii Europene). Volumul este foarte scăzut în Italia și Spania, unde schema generală de venit minim garantat este organizată la nivel regional, iar o mare parte a protecției împotriva sărăciei se află în sarcina altor componente ale sistemului de protecție socială (prin prestațiile categoriale de venit minim garantat).

Tabelul nr. 5.8

**Volumul prestațiilor orientate explicit spre combaterea sărăciei
și a excluderii sociale, în anul 1999**

	Total prestații, mil. euro	Prestații per capita, euro	Pondere în total prestații sociale, %	Pondere în PIB, %
Belgia	1381	135	2,2	0,6
Danemarca	1736	326	3,7	1,0
Germania	11167	136	2,0	0,6
Grecia	557	53	1,9	0,5
Spania	746	19	0,7	0,1
Franța	5593	93	1,4	0,4
Irlanda	255	68	2,0	0,3
Italia	332	6	0,1	0,0
Luxemburg	33	77	0,9	0,2
Olanda	5702	361	5,8	1,5
Austria	686	85	1,2	0,3
Portugalia	371	37	1,7	0,3
Finlanda	649	126	2,1	0,5
Suedia	1877	212	2,6	0,8
Regatul Unit	3278	55	0,9	0,2
UE-15	34361	91	1,6	0,4

Sursa: calculat pe baza informațiilor din: European social statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-99, Eurostat, 2001.

Prestațiile cuprinse în această categorie sunt bănești și în natură. Prestațiile bănești sunt reprezentate de alocațiile din schemele generale de venit minim garantat și de diversele ajutoare bănești acordate persoanelor afectate de sărăcie sau aflate în dificultate. La nivelul Uniunii Europene, ponderea prestațiilor bănești a fost de 66%, depășind 70% în Belgia (86%), Danemarca (74%), Germania (90%), Franța (97%), Irlanda (77%), Luxemburg (100%) și Portugalia (74%).

Prestațiile în natură cuprind servicii de asistență a persoanelor aflate în dificultate sau vulnerabile (adăpost și masă în centre de primire și adăposturi, în case și cămine speciale, în familii substitutive etc.; tratament pentru persoanele dependente de alcool sau droguri, în centre de primire sau instituții speciale),

bunuri și servicii de primă necesitate pentru persoanele/familiile în dificultate (adăpost de zi, consultanță, ajutor în realizarea activităților zilnice, alimente, îmbrăcăminte, combustibil etc.), precum și alocațiile destinate acoperirii unor cheltuieli precis stabilite (inclusiv acele componente ale venitului minim garantat care sunt legate de acoperirea unor nevoi concrete ale beneficiarilor). În Regatul Unit și în Grecia, toate prestațiile care au drept funcție principală combaterea excluderii sociale sunt prestații în natură. Acest tip de prestații deține ponderi mari în totalul prestațiilor antiexcludere socială în Austria și Olanda, precum și în Spania și Italia.

Tabelul nr. 5.9

**Structura prestațiilor orientate explicit spre combaterea sărăciei
și a excluderii sociale, în anul 1999**

- în procente -

	Ponderea prestațiilor		Ponderea prestațiilor acordate	
	bănești	în natură	cu controlul resurselor	fără controlul resurselor
Belgia	85,9	14,1	44,7	55,3
Danemarca	73,8	26,2	0,0	100,0
Germania	89,8	10,2	99,9	0,1
Grecia	0,3	99,7	17,3	82,7
Spania	31,9	68,1	100,0	0,0
Franța	96,5	3,5	100,0	0,0
Irlanda	77,1	22,9	98,5	1,5
Italia	11,5	88,5	100,0	0,0
Luxemburg	100,0	0,0	100,0	0,0
Olanda	38,0	62,0	100,0	0,0
Austria	15,9	84,1	52,1	47,9
Portugalia	73,7	26,3	93,4	6,6
Finlanda	64,9	35,1	63,2	36,8
Suedia	66,3	33,7	65,1	34,9
Regatul Unit	0,0	100,0	72,4	27,6
UE-15	65,8	34,2	85,1	14,9

Sursa: calculat pe baza informațiilor din: European social statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-99, Eurostat, 2001.

Cea mai mare parte a prestațiilor se acordă cu controlul resurselor (*means tested*): 85% la nivelul Uniunii Europene și în totalitate (aproape în totalitate) în Germania, Spania, Franța, Irlanda, Italia, Luxemburg, Olanda. Controlul resurselor nu constituie o condiție pentru obținerea drepturilor la prestațiile legate de combaterea sărăciei și a excluderii sociale în Danemarca (toate prestațiile din această categorie) și pentru prestații ce reprezintă 83% din volumul acestor prestații în Grecia, jumătate în Belgia și Austria (55% și respectiv 48%), o treime în Regatul Unit, Suedia și Finlanda (28%, 35% și 37%).

5.5. Impactul prestațiilor sociale asupra incidenței sărăciei

Estimarea ratei sărăciei înainte și după transferurile sociale (adică pe baza veniturilor fără prestații sociale și cu prestații) a evidențiat contribuția esențială a prestațiilor sociale la diminuarea proporțiilor sărăciei; a tuturor prestațiilor, nu numai a celor care au și funcția de combatere a sărăciei și excluderii sociale.

Tabelul nr. 5.10

Rata sărăciei, înainte și 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 transferuri	înainte de transferuri (inclusiv pensia)	înainte de transferuri (exclusiv pensia)	Pensia de bătrânețe	Alte transferuri	Total transferuri	
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
Fransa	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

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.

Conform evaluărilor Eurostat, prestațiile sociale au diminuat rata sărăciei cu 30 și mai multe puncte procentuale în Finlanda, Danemarca, Luxemburg, Suedia și în Belgia și numai cu 16% în Grecia și 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 și Danemarca, contribuția acestora a fost mult mai mare decât cea a pensiei: pensia de bătrânețe a contribuit la diminuarea ratei sărăciei cu 6 și respectiv 9 puncte procentuale, iar celelalte transferuri cu 24 și respectiv 21 de puncte procentuale. În Olanda, Luxemburg și Suedia contribuția celor două componente a fost aproximativ egală.

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

Referințe bibliografice

- Begg, I.; Berghman, J.; Chassard, Y.; Kosonen, P.; Madsen, P.K.; Matsaganis, M.; Mayes, D.; Muffels, R.; Salais, R.; Tsakloglou, P., *Social Exclusion and Social Protection in the European Union: Policy Issues and Proposals for the Future Role of the EU*, EXSPRO, 2001.
- Benner, M.; Bundgaard, Vad T., *Sweden and Denmark: Defending the Welfare State*, în: Scharpf F.W., Schmidt V.A. (eds.), *Welfare and Work in the Open Economy, Volume II. Diverse Responses to Common Challenges*, Oxford University Press Oxford, 2000.
- Cantillon, B.; Van den Bosch, K., *Back to basics: safeguarding an adequate minimum income in the active welfare state*, Centre for Social Policy, University of Antwerpen, 2001.
- Eardley, T.; Bradshaw, J.; Ditch, J.; Gough, I.; Whiteford, P., *Social Assistance in OECD Countries*. Volume I: Synthesis Report, Volume II: Country Reports, HMSO-Department of Social Security Research Report, no. 46, London, 1996.
- EC-MISSOC, *Social Protection in the Member States in the EU Member States and the European Economic Area. Situation on January 1st 2002 and Evolution*.
- ECSC-EC-EAEC, *ESSPROS Manual 1996*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1996.
- Esping-Andersen, G.; Gallie, D.; Hemerijck, A.; Myles, J., *A New Welfare Architecture for Europe?*, Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union, 2001.
- Esping Andersen, G., (ed.), *Welfare States in Transition*, Sage, London, 1996.
- European Commission - Directorate General for Employment and Social Affairs, *Social protection in Europe 2001*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2002.
- European Commission, *Building an Inclusive Europe*, Communication from the Commission, Brussels, DG, Employment and Social Affairs, 2000.
- European Commission, *The social situation in the European Union - 2000*,

- Directorate General for Employment and Social Affairs;
European Commission, *Social Protection Report*, DGV, Brussels, 1999.
European Council, *Nice European Council: Presidency Conclusions*, 2000.
Eurostat, *European social statistics. Social protection. Expenditure and receipts 1980-99*, European Communities, 2001.
Eurostat, *Income Poverty and Social Exclusion in Member States of the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2000.
Ferrera, M.; Rhodes, M. (eds.), *Recasting European Welfare States*, Frank Cass, London, 2000.
Ferrera, M.; Hemerijck, A.; Rhodes, M., *The Future of Social Europe: Recasting Work and Welfare in the New Economy*, Celta Editora, Oeiras, 2000.
Ferrera, M., *The Southern Model of Welfare in Social Europe*, Journal of European Social Policy, 6, 1996.
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.
Kuhnle, S. (ed.), *Survival of the European Welfare State*, Routledge, London, 2000.
Leibfried, S. (ed.), *Welfare State Futures*, Cambridge University Press, Cambridge, 2001.
Leibfried, S.; Pierson, P. (eds.), *European Social Policy: Between Fragmentation and Integration*, The Brookings Institution, Washington, D.C., 1996.
Nolan, B.; Hauser, R.; Zoyem, J.P., *The Changing Effects of Social Protection on Poverty*, in Gallie, D., Paugam, S. (eds), *Welfare Regimes and the Experience of Unemployment in Europe*, Oxford University Press, Oxford, 2000.
Scharpf, F.W., *European Governance: Common Concerns vs. The Challenge of Diversity*, MPIfG Working Paper 01/6, 2001.
Vleminckx, K.; Berghman, J., *Social exclusion and the welfare state: an overview of conceptual issues and policy implications*, in: Mayes, D.; Berghman, J.; Salais, R. (eds.), *Social Exclusion and European Policy*, Edward Elgar, Cheltenham, 2001.