AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSA

Brüsszel, 2007. február 23. (02.28.) (OR. en)

6694/07 ADD 1

SOC 72 ECOFIN 87 FSTR 5 EDUC 37 SAN 29

FEDŐLAP — KIEGÉSZÍTÉS

Küldi:	a (Foglalkoztatási, Szociálpolitikai, Egészségügyi és Fogyasztásügyi) Tanács
Címzett:	az Európai Tanács
Előző dok. sz.:	6097/07 ADD 1 REV 2 SOC 52 ECOFIN 58 FSTR 3 EDUC 28 SAN 18 + ADD 1 REV 2 COR 1
Biz. jav. sz.:	5553/07 SOC 22 + REV 1 (hu)
Tárgy:	**2007. évi együttes jelentés a szociális védelemről és a társadalmi befogadásról - Országprofilok**

A delegációk mellékelten kézhez kapják a szociális védelemről és a társadalmi befogadásról szóló együttes jelentés mellékletét (országprofilok) többnyelvű dokumentumként, az EPSCO-Tanács 2007. február 22-i ülésén elfogadott formában.

TABLE OF CONTENTS

BELGIUM 3
BULGARIA 22
CZECH REPUBLIC 33
DENMARK 44
GERMANY 54
ESTONIA 66
IRELAND 76
GREECE 87
SPAIN 99
FRANCE 111
ITALY 122
CYPRUS 133
LATVIA 146
LITHUANIA 157
LUXEMBOURG 168
HUNGARY 177
MALTA 189
THE NETHERLANDS 199
AUSTRIA 211
POLAND 223
PORTUGAL 234
ROMANIA 246
SLOVENIA 256
SLOVAKIA 266
FINLAND 277
SWEDEN 288
UNITED KINGDOM 298

BELGIQUE

1. Situation actuelle et principales tendances

La croissance économique de la Belgique a faibli en 2005 pour atteindre 1,2 %, mais elle devrait reprendre de l'élan pour s'établir à 2,7 % en 2006. Malgré la création de 39 000 emplois, le taux de chômage est resté à 8,4 % en 2005 (contre 8,8 % dans l'Union des 25). Des disparités régionales sensibles subsistent, tant sur le front de l'emploi[1] (64,9 % en Flandres, 56,1 % en Wallonie, 54,8 % à Bruxelles) que celui du chômage[2] (5,4 % en Flandres, 12,1 % en Wallonie, 15,9 % à Bruxelles). Le chômage des jeunes a continué de progresser 21,5 % en 2005). L'emploi des 50-64 ans, en revanche, a connu une amélioration au cours des cinq dernières années, passant de 26,3 % en 2000 à 31,8 % en 2005, mais il reste faible et nettement inférieur à la moyenne de l'Union (42,5 % en 2005). Cette progression résulte principalement de l'augmentation de 33,1 % de l'emploi des femmes dans cette classe d'âge au cours des cinq dernières années. Sur de cette période, le taux d'emploi des femmes est passé de 51,5 % à 53,8 %, tandis que celui des hommes a légèrement reculé (69,5 % en 2000 contre 68, 3% en 2005). Le taux de risque de pauvreté était de 15 % en 2005, avec des différences régionales sensibles (11 % en Flandres, 18 % en Wallonie et un taux estimé à 27 % à Bruxelles). L'espérance de vie à la naissance (76,7 ans[3] pour les hommes et 82,4 ans[4] pour les femmes) est proche de la moyenne de l'Union. En revanche, la Belgique est au-dessus de la moyenne de l'Union pour ce qui est du nombre d'années de vie en bonne santé, tant pour les hommes (67,4 ans contre 64,5[5] ans) que pour les femmes (69,2 ans contre 66[6] ans). Avec 1,72 enfant par femme[7], le taux de fécondité s'établit également au-dessus de la moyenne de l'UE (1,52). Le ratio de dépendance des personnes âgées était de 26,3 en 2005 et il devrait atteindre 41,3 d'ici 2030. Les dépenses brutes de protection sociale ont progressé depuis 2000 et représentaient 29,3 % du PIB en 2003. Les retraites et la santé constituent la majeure partie des dépenses de protection sociale (44,1 % et 27,7 % respectivement).

2. Approche stratégique globale

Le rapport met en exergue l'augmentation et la création d'emplois comme principaux vecteurs pour assurer l'avenir de la sécurité sociale. La stratégie s'articule autour de trois objectifs qui sont, d'une part, de maintenir de façon structurelle l'équilibre financier du système de sécurité sociale en gardant un niveau élevé de protection sociale et davantage lier les allocations sociales, dont les pensions, à l'évolution du bien-être, d'autre part, de renforcer l'interaction entre les politiques d'inclusion sociale et le développement de l'emploi notamment par des mesures d'activation en faveur des groupes à risque et, enfin, d'offrir des soins de santé de qualité et abordables.

Les mesures du rapport sont étroitement liées aux priorités et objectifs identifiés dans le Programme National de Réforme (PNR) 2005-2008 destinés à atteindre les objectifs de la Stratégie de Lisbonne et les objectifs de l'OMC en matière sociale. Bien que la stratégie proposée par la Belgique présente de nombreuses similarités avec les précédents plans, elle montre une bonne compréhension de la nature multidimensionnelle de l'exclusion sociale.

---

1 Chiffre 2005 (source: SPF économie – direction générale statistique, Belgique)
2 Chiffre 2004 (source: SPF économie – direction générale statistique, Belgique)
3 Estimation provisoire 2005 (source: Eurostat)
4 Estimation provisoire 2005 (source: Eurostat)
5 Chiffre UE 15 (source: Eurostat)
6 Chiffre UE 15 (source: Eurostat)
7 Estimation provisoire 2005 (source: Eurostat)

L'intégration de la dimension de genre est absente du rapport malgré la disponibilité de statistiques ventilées par sexe. Cela étant, plus de femmes que d'hommes sont susceptibles de bénéficier des mesures proposées dans le cadre des objectifs stratégiques prioritaires, car elles tendent à être surreprésentées dans les groupes cibles

La préparation de chacun des trois piliers du rapport a fait l'objet d'une concertation et d'une coordination entre tous les niveaux de pouvoirs législatifs compétents et a associé de nombreux d'acteurs comme les partenaires sociaux ou encore des associations de personnes vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale. Cependant, la collaboration entre les acteurs des trois piliers reste limitée, entraînant, par conséquent, un manque de relations entre les trois piliers. Une meilleure coordination et un échange d'information entre ces acteurs constituent un challenge pour les prochains plans afin d'en améliorer la cohérence et l'aspect "interrelatedness".

3. Intégration sociale

3.1. Principales tendances. Le taux de risque de pauvreté après transferts sociaux s'est établi à 15 % en 2004, avec un risque plus élevé pour les personnes âgées (21 %), les personnes seules (21 %), les locataires (27 %), les personnes vivant dans un foyer monoparental (36 %) et les chômeurs (28 %). Le taux de pauvreté des travailleurs, qui est de 4 %, est nettement en dessous de la moyenne de l'Union (8 %). Les transferts sociaux continuent de jouer un rôle important, dans la mesure où ils réduisent de 46 % le taux de risque de pauvreté qui, avant transferts sociaux (hors pensions de retraite), était de 28 % en 2004. Le revenu net des bénéficiaires de prestations d'aide sociale en pourcentage du seuil de pauvreté est de 76,6 % pour une personne seule, 68,5 % pour un couple marié avec deux enfants, et de 89,9 % pour un parent seul avec deux enfants. La part des enfants de 0 à 17 ans vivant dans un ménage sans emploi a reculé de 13,8 % en 2002 à 13,5 % en 2006 (9,5 %[8] en moyenne dans l'Union). Une faible amélioration a été enregistrée en matière de sortie précoce du système scolaire (13 % en 2005), avec un écart important entre les sexes (15,3 % pour les garçons et 10,6 % pour les filles). Tandis qu'en 2005, 81,8 % des 20-24 ans avaient un moins un diplôme de fin d'études secondaires, le chômage des jeunes a continué de progresser, pour s'établir à 21,5 % , au-dessus de la moyenne de l'Union (18,5 %). Un autre point important est l'écart entre le taux de chômage des ressortissants de l'Union et celui des ressortissants de pays tiers (25,4 % en 2005), qui est trois fois plus important que la moyenne de l'UE.

3.2. Principaux défis et priorités. Le plan 2006, fruit d'une large concertation, se concentre sur trois priorités qui sont de garantir un logement correct et abordable pour chacun, de développer l'activation et la diversité dans l'emploi et l'intégration sociale et, enfin, de lutter contre la pauvreté des enfants. Les deux premiers défis déjà identifiés dans les précédents NAP Inclusion nécessitent toujours davantage d'engagements politiques et financiers.

Malgré l'effort des Régions d'augmenter le nombre de logements sociaux, l'offre reste insuffisante pour répondre aux besoins. Par ailleurs, les catégories sociales plus faibles sont encore contraintes de consacrer une trop grande partie du budget du ménage à leur logement.

Augmenter la participation au marché du travail de certains groupes spécifiques constitue toujours un défi essentiel. Le taux de chômage de longue durée pour les parents isolés (14%), les personnes d'origine hors UE 25 (20%), les personnes handicapées et les personnes peu qualifiées (8%) requiert des mesures spécifiques d'accompagnement vers l'emploi. Le taux de

---

8 Estimations 2006 (source: Eurostat)

chômage des personnes âgées et des jeunes restent préoccupants en Belgique. Le risque de pauvreté infantile en Belgique est inférieur à la moyenne de l'UE (17% contre 19%) mais les enfants de parents isolés et ceux qui vivent dans des ménages sans travail sont confrontés à un risque de pauvreté particulièrement élevé, respectivement 36% et 70%. Ces priorités répondent aux défis identifiés dans le Rapport conjoint 2006 et ont pour objectif premier d'augmenter la participation au marché du travail, d'assurer l'accès aux ressources et services nécessaires pour pouvoir vivre dans la dignité, de prévenir la discrimination et d'éliminer la pauvreté infantile.

3.3. Mesures stratégiques. La première priorité vise à garantir un logement correct et abordable pour chacun. Cette politique consistera à améliorer l'offre de logements modestes non seulement en étendant le parc existant de logements sociaux mais aussi en renforçant le contrôle et le respect de normes de qualité plus strictes. Le pourcentage de logements sociaux du secteur locatif par rapport au nombre total de ménages privés devrait ainsi passer de 6.3% en 2004 à 8% en 2010. Cet objectif reste ambitieux dans la mesure où, depuis 1995, ce pourcentage est resté constant à environ 6.3%. Des mesures financières telles que la simplification d'octroi des allocations de loyer et l'optimalisation d'un système pour le paiement des garanties locatives faciliteront l'accès des plus démunis à des logements sociaux habitables et conformes. L'objectif est aussi d'étendre le droit à l'énergie en améliorant la fourniture et l'accès au gaz, à l'électricité et à l'eau pour une meilleure protection des plus démunis. Le budget des agences immobilières sociales sera également augmenté afin d'accroître leurs possibilités d'action et de promotion et de réaliser des travaux de rénovation ou de réhabilitation. Des mesures d'accompagnement des sans abri sont aussi prévues afin d'organiser leur insertion par le logement. Enfin, une coopération entre les différentes entités sera mise en place afin d'accroître la connaissance de la problématique du logement en Belgique. La plupart de ces mesures restent peu innovantes et le rapport reste assez discret sur la manière dont elles vont être réalisées et financées. Aucune dimension de genre n'est spécifiée à l'exception d'une volonté à Bruxelles d'augmenter le nombre de places d'hébergement pour les femmes sans-abri.

Développer l'activation et la diversité dans l'emploi et dans l'intégration sociale constitue la seconde priorité. L'activation et la diversité visent à augmenter le taux d'emploi et à créer des emplois en accordant une attention particulière à des groupes cibles spécifiques comme les personnes d'origine hors UE, les personnes peu qualifiées et infra-scolarisées et les personnes handicapées. Les résultats visés par cette mesure sont issus du PNR et sont en ligne avec les objectifs fixés pour 2010 par la Stratégie de Lisbonne en matière de taux d'emploi (70%), de participation à la formation tout au long de la vie (12.5%) et de réduction du décrochage scolaire (10%). Le taux d'emploi des femmes devrait aussi atteindre l'objectif de Lisbonne de 60% en 2010. Enfin, les autorités belges souhaitent ramener le taux de chômage des personnes hors UE au niveau de celui des travailleurs belges. Vu l'importance du problème (aggravé si on tient compte des personnes d'origine étrangère naturalisées belges pour qui la participation au marché du travail reste difficile) et l'objectif ambitieux affiché, il aurait été souhaitable que la problématique de l'intégration des immigrés fasse l'objet d'une approche intégrée dans une mesure distincte. Au niveau fédéral, un groupe de travail sur la discrimination veille à une harmonisation efficace des différentes mesures d'emploi destinées à promouvoir l'égalité des chances dans l'accès à l'emploi des groupes à risque. La Flandre consacre près de 8 millions EUR par an à un certain nombre d'initiatives en matière de diversité afin de prévenir l'exclusion du marché du travail pour les plus âgés, les personnes d'origine étrangère et les personnes handicapées et prévoit une prime à l'emploi pour l'engagement de personnes de plus de 50 ans. Les trois régions vont élargir l'offre des structures d'accueil pour enfants afin de pouvoir permettre aux parents demandeurs d'emploi

d'accéder au marché du travail. Plusieurs initiatives et instruments seront développés pour promouvoir l'emploi des groupes cibles en leur offrant un accompagnement sur mesure dans leurs démarches d'insertion. Le FSE devra, à ce titre, jouer un rôle important. Le développement de l'économie sociale et de services de proximité continuera tant en Flandre qu'en Wallonie et sera accompagné d'autres activités non nécessairement professionnelles. En plus de différentes recherches et études qui seront lancées pour évaluer l'impact des mesures d'activation, les moyens d'enregistrement et de monitoring en matière de diversité seront harmonisés et améliorés.

La troisième priorité, la lutte contre la pauvreté infantile, a comme objectif de mettre fin à l'engrenage de la pauvreté. L'accent mis sur ce groupe cible dans la politique de lutte contre la pauvreté est innovante pour la Belgique. Le pourcentage d'enfants de moins de 16 ans en risque de pauvreté devrait diminuer à 12% en 2010 (contre 17% en 2003) et la proportion d'enfants (0-17 ans) vivant dans des ménages sans emploi rémunéré devrait passer de 12.9% en 2005 à 7% en 2010. Atteindre de tels niveaux pour l'ensemble de la Belgique nécessitera beaucoup d'efforts étant donné les différences régionales. Néanmoins, une série de mesures a été mise sur pied. En complément des mesures financières des deux autres politiques susmentionnées, le système de bonus à l'emploi et la nouvelle allocation familiale de rentrée prévue depuis août 2006 contribueront à améliorer le revenu des familles. Les autorités belges accorderont aussi beaucoup d'importance à lutter contre le décrochage scolaire et stimuler la participation sociale de tous les enfants dès le plus jeune âge. Dans le domaine de l'enseignement, des efforts seront entrepris pour diminuer la contribution des parents aux frais scolaires et diversifier les populations qui fréquentent l'école. Les liens entre les familles et les écoles seront renforcés et l'implication des parents dans leur rôle éducatif sera encouragée. Enfin, la politique d'aide spéciale à la jeunesse et notamment l'accueil des mineurs étrangers non accompagnés sera améliorée par une série de mesures.

3.4. Gestion. Le plan a été élaboré en étroite collaboration, sous la coordination du Service Public de Programmation (SPP) Intégration Sociale, par deux groupes de travail "actions" et "indicateurs" composés non seulement des représentants du niveau fédéral, de chacune des Communautés et Régions mais aussi des représentants d'autres administrations notamment locales (Union des Villes et des Communes), des partenaires sociaux (Conseil national du Travail), des experts ainsi que des associations de personnes vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale. Les deux groupes de travail ont été élargi aux représentants de tous les secteurs de la société civile. Dans le développement d'indicateurs et la détermination de targets, le groupe de travail "indicateurs" a aussi utilisé les résultats de nombreux débats, recherches et rapports. L'implémentation du plan se traduit par des plans d'action fédéraux et régionaux coordonnés. Le monitoring de l'évolution des targets sera la responsabilité des groupes de travail mais les différentes administrations responsables pourront introduire elles-mêmes sur le site internet du SPP Intégration Sociale les données permettant de suivre la mise en œuvre de leurs actions respectives. En 2007, un colloque public sur le plan sera encore organisé dans le but de formuler des recommandations pour l'avenir.

4. Retraites

En 2004, les personnes âgées avaient un niveau de vie inférieur de 3 % à la moyenne nationale, un écart qui reste relativement faible par rapport à d'autres États membres, tandis que le risque de pauvreté (21 %) est considéré comme étant nettement plus élevé que pour la population belge âgée de moins de 65 ans.

Malgré de récentes améliorations, le taux d'emploi des travailleurs âgés reste faible. Selon le rapport 2006 sur la viabilité, la Belgique est un État membre à risque moyen concernant la

viabilité des finances publiques, notamment en raison de l'ampleur considérable de la dette publique. La Belgique supporte d'importantes pressions budgétaires du fait du vieillissement de la population: selon les prévisions de 2005 du groupe de travail sur le vieillissement de la population, les dépenses du régime public de retraite passeront de 10,4 % à 15,5 % du PIB entre 2004 et 2050[9]. Selon les prévisions du SGI, le taux de remplacement théorique net pour le régime public (pour un travailleur partant à la retraite à 65 ans après 40 ans de vie active au salaire moyen) devrait reculer légèrement, de 63 % en 2004 à 61 % en 2050, tandis que le taux de remplacement théorique net global devrait progresser de 67 % à 74 %, à la faveur d'un apport de 4,25 % des revenus bruts aux régimes professionnels (40-45 % de la population active sont actuellement affiliés à un tel régime).

Garantir l'adéquation, la viabilité et la solidité du régime public est une des principales préoccupations de la politique belge en matière de retraites. Le rapport conjoint 2006 souligne l'importance de l'amélioration de la situation de l'emploi des travailleurs âgés pour l'adéquation et la viabilité des retraites. Dans le même temps, le rapport insiste sur les efforts déployés pour améliorer l'adéquation des retraites (notamment des pensions minimales et des pensions professionnelles). Le gouvernement belge a pris des mesures supplémentaires dans ce sens, en particulier en faveur des femmes, avec l'augmentation du revenu de retraite minimum (*GRAPA*) jusqu'au seuil de risque de pauvreté, l'instauration d'un mécanisme d'ajustement des pensions de retraite en fonction de l'évolution de l'aide sociale, et une meilleure prise en compte du travail à mi-temps dans la détermination du revenu de retraite minimum. L'harmonisation, d'ici 2009, de l'âge de retraite légal pour les travailleurs salariés se poursuit.

Les dispositions relatives à la retraite anticipée ont été réformées à la fin de 2005 et devraient contribuer à l'adéquation et à la viabilité financière du régime de retraite en encourageant un allongement de la vie active dans le cadre d'un dispositif appelé "pacte entre les générations", au moyen notamment d'un recul de l'âge de la retraite anticipée de 58 à 60 ans et d'incitations à l'allongement de la vie professionnelle au-delà de l'âge de 62 ans et d'une durée d'au moins 44 ans (système de "bonus"). L'augmentation du taux d'emploi des personnes âgées reste cependant primordiale.

Par ailleurs, la stratégie visant à garantir la viabilité financière des retraites continue de s'appuyer dans une large mesure sur la gestion globale de la sécurité sociale et sur la réduction de la dette publique. En outre, l'épargne est transférée vers un fonds de réserve (qui s'élevait à 4,5 % du PIB en 2005) et est donc affectée aux futures dépenses liées au vieillissement.

À long terme, la promotion des régimes de retraite professionnels pourrait faire progresser les taux de remplacement, et donc le niveau de vie relatif des retraités. Tandis qu'un rendement minimum est garanti pour les cotisations versées par le salarié et l'employeur dans tous les régimes de retraite complémentaires, des efforts supplémentaires pourraient être nécessaires pour assurer une bonne couverture de la population active (notamment des femmes) par les régimes professionnels.

5. Soins de santé et soins de longue durée

5.1. Soins de santé

[9] Les projections nationales figurant dans le rapport 2006 sur la stratégie nationale en matière de protection et d'intégration sociales, lesquelles reflètent les récentes réformes et différents choix méthodologiques, indiquent que la progression des dépenses pour les retraites entre 2005 et 2050 pourrait représenter 3,9 % du PIB.

Description du système. Le système de soins de santé belge repose sur un système d'assurance obligatoire soins de santé qui fait partie intégrante de la sécurité sociale. La couverture est quasi universelle (99%). Environ 70% du financement vient du secteur public (cotisations complétées par des interventions de l'Etat et des taxes affectées), 22% directement des familles (out of pocket), le restant étant couvert par les assurances complémentaires. Ces dernières restent marginales, il existe un consensus pour poursuivre la consolidation et la pérennité de l'assurance obligatoire publique. Les patients ont liberté de choix du dispensateur et accès direct aux spécialistes. Les dispensateurs sont essentiellement rétribués à l'acte par les patients sur la base de tarif fixés en concertation avec les partenaires sociaux, les mutualités et les dispensateurs de soins. Les patients sont ensuite remboursés aux alentours de 75% par leur mutualité (sauf pour les frais d'hospitalisation, où la mutuelle intervient ex ante). L'offre est étendue et il n'y a pas de listes d'attente. L'Etat fédéral est exclusivement compétent en ce qui concerne le régime d'assurance soins de santé obligatoire, partie intégrante du système de sécurité sociale. Par contre, Etat fédéral et régions se partagent les compétences en ce qui concerne l'offre des soins et la santé publique. La stratégie belge consiste à alléger les charges financières pour les patients les plus démunis, à améliorer la qualité des soins à travers une orientation vers l'usager centrée sur la continuité des soins, et maîtriser la croissance des coûts à travers un meilleur rapport coût/efficacité.

Accès. Bien que le régime belge des soins de santé assure à la population un haut niveau de protection (99%), les autorités craignent que la participation demandée aux patients pour certains services (21,5% en paiement direct des ménages in 2004; pourcentage relativement élevé bien qu'en diminution dans les années récentes) puisse fortement grever le budget des catégories sociales les plus vulnérables. Pour limiter ce risque, les pouvoirs publics ont pris un éventail de mesures qui prévoient notamment des plafonds annuels (*maximum à facturer*), un remboursement majoré et la gratuité des soins préventifs pour tous. Le *maximum à facturer* constitue en fait l'outil de base de l'action pour l'accessibilité financière des soins de santé grâce à son champ d'action très large (500.000 soit 11% des ménages belges en ont bénéficié en 2005). Le champ d'application du mécanisme du «maximum à facturer» sera élargi. De plus, pour ce qui concerne les médicaments, plusieurs actions sont prévues pour diminuer leurs coûts pour les patients (baisses des prix obligatoires, incitations à l'utilisation des génériques, élargissement du remboursement à certains médicaments innovants). Il n'y a pas de problèmes d'inégalités d'accès au niveau territorial. On essaye d'optimaliser la répartition géographique de l'offre, au niveau hospitalier, à travers les 'bassins de soins', et au niveau des médecins généralistes au moyen de primes pour les médecins s'installant dans des zones en pénurie de médecins.

Qualité. En ce qui concerne la qualité des prestataires, le système se base traditionnellement sur les normes de reconnaissance pour les institutions de soins. Il existe une agence pour analyser les pratiques cliniques et développer les bonnes pratiques et évaluer les technologies médicales. On développe un système d'évaluation par les pairs, par exemple en comparant les hôpitaux sur une série d'indicateurs pour leur permettre de définir eux-mêmes leurs objectifs d'amélioration. En vue d'augmenter sans cesse la qualité des soins, les autorités visent à garantir des prestations orientées vers l'usager (adaptées à leurs besoins) centrées sur la continuité des soins, notamment via une priorité donnée aux soins de première ligne, aux politiques de prévention, à la liberté de choix des patients et à la disponibilité de l'information. Plusieurs vaccins sont gratuits et facilement accessibles via les centres de soins préventifs pour les enfants.

Viabilité à long terme. Le total des dépenses de soins de santé, qui a atteint 2.922 PPP$ per capita et 9,3% du PNB en 2004 est relativement élevé, les dépenses ayant en outre fortement

augmenté ces dernières années. Les projections du groupe du travail sur le vieillissement (AWG) prévoient une augmentation de 2.4 points pourcentage dans les dépenses publiques des soins de santé, les projections nationales une augmentation de 3.7 points pourcentage d'ici à 2050. Le gouvernement compte relever le défi de l'augmentation des dépenses de santé en œuvrant sur divers axes: au niveau macro, par la fixation d'une norme de croissance de dépenses publiques de santé (fixée à 4.5% par an hors inflation), déclinée en objectifs budgétaires partiels par grandes rubriques médicale et paramédicale. Un suivi continu est mis en place pour assurer le respect de la norme. Au niveau micro, on mise sur les politiques visant à responsabiliser tous les acteurs en matière de santé: co-paiements pour les usagers, forfaitarisation de certaines prestations hospitalières (ce qui n'incite pas à la surconsommation), répartition d'une partie du budget entre les mutuelles sur base de 'dépenses théoriques' (c'est-à-dire en fonction des profils de risque de santé des assurés).

L'amélioration de la coordination des soins et l'utilisation rationnelle des ressources ont une grande importance pour améliorer le rapport coût/efficacité. On favorise donc le recours aux soins de première ligne et l'utilisation du dossier médical du patient. Des mesures corollaires prévoient une évaluation technologique, un taux de remboursement plus élevé pour les médicaments génériques, l'adoption de meilleures pratiques de prescription. En 2005 et 2006 l'objectif budgétaire annuel de croissance de 4,5% en termes réels a été atteint. Développer les politiques de promotion de la santé et de modes de vie saine constitue également une priorité pour toutes les autorités.

5.2. Soins de longue durée

Description du système. Les soins de longue durée peuvent être prestées en milieu hospitaliers, dans des services spécialisées, dans des institutions spécialisées, ou à domicile. Malgré les prix relativement élevés, le niveau d'institutionnalisation des personnes âgés est relativement élevé (6-7% des personnes âgés 65+) Les Communautés et Régions ont beaucoup de compétences, l'offre varie donc selon ces Communautés et Régions. Il existe une coordination entre les matières fédérales, communautaires et régionales Il existe aussi une coordination entre les services de soins généraux et les services de soins de longue durée, par exemple via les services intégrés de soins à domicile, permettant d'utiliser au mieux la complémentarité des différents dispensateurs de soins et services d'assistance.

Accès. Le défi de l'amélioration des soins de longue durée est lié à la priorité du maintien à domicile. Pour y arriver, on développe le continuum de soins, les centres de soins de jour, et les courts séjours. Les services de soins à domicile se spécialisent (services d'aide, soins palliatifs à domicile). Néanmoins, le maintien à domicile engendre aussi de coûts pour le particulier tels que la difficulté de transport aux centres de jour, ou la nécessité de continuer à payer un loyer si on est en institution pour un court séjour. Une attention particulière a été portée dans le rapport belge aux différents services visant à prendre en compte de façon appropriée et ciblée les souffrances mentales. Un développement récent est un circuit de soins adapté pour les patients en état neurovégétatif persistant qui vient combler le manque de structure adéquate pour ce type de patient.

Qualité. En matière de soins de longue durée, l'accréditation, les pratiques d'évaluation par les pairs (par exemple le collège gériatrique) et le développement de qualifications professionnelles adéquates, sont également garant de la qualité des services offerts. Une importance particulière est accordée à la coordination pour permettre une offre de soins et de services d'aide intégrée, continue et multidisciplinaire, adaptée aux besoins de la personne.

Les années à venir seront e.a. consacrées à développer et implémenter des trajets de soins pour les patients chroniques.

Viabilité à longue terme. De nombreux risques spécifiques aux soins de longue durée sont assurés via l'assurance obligatoire soins de santé, les défis de garantir la viabilité financière sont donc les mêmes que pour les soins de santé. Un des défis pour les années à venir consiste à assurer le déploiement des ressources humaines, tenant compte du vieillissement de la population. Des efforts seront fournis afin de renforcer la position des dispensateurs travaillant en première ligne et d'assurer suffisamment de prestataires d'aide et de soins ayant un statut attractif. Il sera également nécessaire de développer différentes formes possibles de soins, tenant compte du degré de dépendance des personnes (soins résidentiels, soins de jour, soins de nuit, court séjour). A cette fin, un protocole pluriannuel a été conclu entre les différentes autorités compétentes en 2005.

6. Défis à venir

- Augmenter les taux d'emploi, notamment des travailleurs âgés, des jeunes, des migrants et des ressortissants de pays tiers, et améliorer l'accès au marché de l'emploi des chômeurs de longue durée, des travailleurs peu qualifiés et des parents isolés;

- multiplier les efforts pour mettre des logements décents et à prix raisonnables à la portée d'un plus grand nombre de personnes;

- garantir la viabilité et l'adéquation des régimes de retraite en réduisant davantage encore la dette publique et en continuant d'améliorer l'accès, en particulier des femmes, à des régimes de retraite du second pilier;

- faire face à la progression des dépenses pour les soins de santé en améliorant le rapport coût/efficacité, tout en garantissant l'accès aux soins des groupes vulnérables;

- améliorer le régime des soins de longue durée en favorisant les soins à domicile.

BELGIË

1. Situatie en belangrijkste trends

De economische groei van België daalde in 2005 tot 1,2%, maar zal naar verwachting in 2006 weer aantrekken tot 2,7%. Hoewel er 39 000 nieuwe banen werden geschapen, bleef de werkloosheidsgraad in 2005 steken op 8,4% (tegen 8,8% in de EU-25). Nog altijd zijn er aanzienlijke verschillen tussen de Gewesten, zowel in arbeidsparticipatie[10] (64,9% in Vlaanderen, 56,1% in Wallonië, 54,8% in Brussel) als in werkloosheid[11] (5,4% in Vlaanderen, 12,1% in Wallonië, 15,9% in Brussel). De jeugdwerkloosheid blijft groeien (21,5% in 2005). De arbeidsparticipatie van ouderen (50-64) is de afgelopen vijf jaar verbeterd, van 26,3% in 2000 tot 31,8% in 2005, maar blijft gering en aanmerkelijk lager dan het EU-gemiddelde (42,5% in 2005). Deze toename is hoofdzakelijk toe te schrijven aan het feit dat de arbeidsparticipatie van vrouwen binnen deze leeftijdsgroep de afgelopen vijf jaar met 33,1% is gestegen. De totale arbeidsparticipatie van vrouwen is sinds 2000 toegenomen van 51,5% tot 53,8% in 2005, terwijl de arbeidsparticipatie van mannen in dezelfde periode licht afnam (69,5% in 2000 tegen 68,3% in 2005). Het armoederisicopercentage was 15% in 2005, zij het met aanzienlijke verschillen tussen de gewesten (11% in Vlaanderen, 18% in Wallonië en naar schatting 27% in Brussel). De levensverwachting bij geboorte (76,7[12] jaar voor mannen en 82,4[13] voor vrouwen) is nagenoeg gelijk aan het gemiddelde over de gehele EU. De gezonde levensverwachting daarentegen ligt in België hoger dan het EU-gemiddelde, zowel voor mannen (67,4 tegen 64,5[14] jaar) als vrouwen (69,2 tegen 66,0[15] jaar). Ook de vruchtbaarheidsgraad van 1,72[16] ligt boven het EU-gemiddelde (1,52). De afhankelijkheidsratio van ouderen was 26,3 in 2005 en zal naar verwachting stijgen tot 41,3 in 2030. De totale bruto uitgaven voor sociale bescherming zijn sinds 2000 gestegen en waren in 2003 goed voor 29,3% van het bbp. Het grootste deel van de uitgaven voor sociale bescherming gaat naar pensioenen en gezondheidszorg, respectievelijk 44,1% en 27,7%.

2. Algemene strategische aanpak

In het verslag worden de vergroting van de werkgelegenheid en het scheppen van banen aangemerkt als sleutelfactoren voor het veiligstellen van de sociale zekerheid. De strategie stoelt op drie doelstellingen: ten eerste een structureel financieel evenwicht voor het socialezekerheidsstelsel, zonder dat dit ten koste gaat van een hoog niveau van sociale bescherming, en een sterkere koppeling van de uitkeringen, waaronder de pensioenen, aan de welvaart; ten tweede meer wisselwerking tussen het sociale-insluitingsbeleid en de ontwikkeling van de werkgelegenheid, met name door activeringsmaatregelen ten behoeve van risicogroepen; en ten slotte een hoogwaardige en betaalbare gezondheidszorg.

De maatregelen uit het verslag hangen nauw samen met de prioriteiten en doelen uit het Nationaal Hervormingsprogramma (NHP) 2005-2008 voor het bereiken van de doelstellingen van de strategie van Lissabon en de doelstellingen op sociaal gebied van de WTO. Hoewel de door België voorgestelde strategie veel overeenkomsten vertoont met de voorgaande plannen,

---

10 Cijfers van 2005 (bron: FOD Economie - Algemene Directie Statistiek België)
11 Cijfers van 2004 (bron: FOD Economie - Algemene Directie Statistiek België)
12 Voorlopige schatting 2005 (bron: Eurostat)
13 Voorlopige schatting 2005 (bron: Eurostat)
14 Cijfer voor EU-15 (bron: Eurostat)
15 Cijfer voor EU-15 (bron: Eurostat)
16 Voorlopige schatting 2005 (bron: Eurostat)

wordt er in de strategie blijk gegeven van een goed inzicht in het meerdimensionale karakter van de sociale uitsluiting.

Ondanks de beschikbaarheid van statistieken volgens geslacht ontbreekt gendermainstreaming in het verslag, maar waarschijnlijk zullen meer vrouwen dan mannen profiteren van de maatregelen die in het kader van de prioritaire beleidsdoelstellingen worden voorgesteld, daar zij over het algemeen oververtegenwoordigd zijn in de doelgroepen.

Voor de voorbereiding van elk van de drie pijlers van het verslag heeft overleg en coördinatie plaatsgevonden tussen alle bevoegde wetgevende bestuurslagen. Bovendien zijn er tal van andere actoren bij betrokken geweest, zoals sociale partners of verenigingen van personen die in een situatie van armoede en sociale uitsluiting leven. De samenwerking tussen de actoren van de drie pijlers onderling blijft echter beperkt, waardoor de drie pijlers enigszins los van elkaar blijven staan. Een betere coördinatie en informatie-uitwisseling tussen deze actoren vormen een uitdaging voor toekomstige plannen, ter verbetering van de samenhang en de "interrelatedness".

3. Sociale insluiting

3.1. Belangrijkste trends. Het armoederisicopercentage na sociale overdrachten was 15% in 2004, met een hoger risico voor ouderen (21%), alleenstaanden (21%), huurders (27%), personen die in eenoudergezinnen leven (36%) en werklozen (28%). Het totale percentage werkende armen van 4% is beduidend lager dan het EU-gemiddelde van 8%. Sociale overdrachten blijven een belangrijke factor, daar deze het armoederisicopercentage ten opzichte van de 28% vóór de sociale overdrachten (uitgezonderd ouderdomspensioenen) in 2004, met 46% terugbrengen. Het netto-inkomen van ontvangers van sociale bijstand als percentage van de armoedegrens is 76,6% voor een alleenstaande, 68,5% voor een echtpaar met twee kinderen en 89,9% voor een alleenstaande ouder met twee kinderen. Van de kinderen jonger dan 17 jaar leefde in 2002 nog 13,8% in een huishouden zonder betaald werk; dit percentage is gedaald tot 13,5% in 2006 (EU-gemiddelde: 9,5[17]%). Op het vlak van vroegtijdig schoolverlaten is slechts marginale vooruitgang geboekt (13% in 2005), waarbij de genderkloof aanzienlijk is (15,3% voor jongens/mannen tegen 10,6% voor meisjes/vrouwen). Hoewel in 2005 81,8% van de 20-24-jarigen ten minste secundair onderwijs hadden afgerond, bleef de werkloosheid toenemen tot 21,5% boven het EU-gemiddelde (18,5%). Een ander belangrijk punt is de werkloosheidskloof tussen niet-EU-ingezetenen en EU-ingezetenen (25,4% in 2005), die driemaal zo groot is als het EU-gemiddelde.

3.2. Belangrijkste uitdagingen en prioriteiten. Het actieplan van 2006, vrucht van ampel overleg, is toegespitst op drie prioriteiten, namelijk de garantie op betaalbare en degelijke huisvesting voor iedereen, verdere ontwikkeling van de activering en de verscheidenheid in werk en maatschappelijke integratie, en het bestrijden van armoede die kinderen treft. De eerste twee uitdagingen waren al in eerdere Nationale Actieplannen (NAP) Sociale Insluiting opgenomen, maar vergen nog altijd meer politieke en financiële verbintenissen.

Hoewel de gewesten zich hebben ingespannen om het sociale woningaanbod te vergroten, blijft het aanbod achter bij de behoeften. Overigens zijn de zwakste sociale categorieën nog steeds een te groot deel van hun gezinsbudget kwijt aan wonen.

---

[17] Schatting 2006 (bron: Eurostat)

Het vergroten van de deelname aan de arbeidsmarkt van bepaalde specifieke groepen vormt nog altijd een essentiële uitdaging. De langdurige-werkloosheidsgraad voor alleenstaande ouders (14%), personen met een nationaliteit van buiten de EU-25 (20%), gehandicapten en laaggeschoolden (8%) vraagt om specifieke maatregelen voor de begeleiding naar werk. Onder ouderen en jongeren in België blijft de werkloosheidsgraad zorgwekkend. Het armoederisico van kinderen ligt lager dan het EU-gemiddelde (17% tegen 19%), maar voor kinderen van alleenstaande ouders en kinderen in gezinnen waar geen van de volwassen gezinsleden werkt, is het armoederisico bijzonder hoog, met respectievelijk 36% en 70%. Deze prioriteiten stemmen overeen met de uitdagingen die in het gezamenlijk verslag over de werkgelegenheid 2006 zijn gesteld en zijn er in de eerste plaats op gericht de deelname aan de arbeidsmarkt te vergroten, waarborgen te bieden voor de toegang tot de middelen en diensten die nodig zijn om een menswaardig leven te kunnen leiden, discriminatie te vermijden en kinderarmoede uit te bannen.

3.3. Beleidsmaatregelen. Hoofdprioriteit is om iedereen een kwaliteitsvolle en betaalbare woning te garanderen. Dit beleid zal gericht zijn op de verbetering van het aanbod aan bescheiden woningen, niet alleen door de uitbreiding van het huidige bestand aan sociale woningen, maar ook door beter toezicht en handhaving van strengere kwaliteitsnormen. Op die manier zou het aantal sociale huurwoningen in percentage van het totale aantal huishoudens moeten toenemen van 6,3% in 2004 tot 8% in 2010. Dit blijft een ambitieuze doelstelling, daar dit percentage sinds 1995 constant is gebleven op zo'n 6,3%. Met financiële maatregelen zoals de vereenvoudiging van het huursubsidiestelsel en de optimalisering van een systeem voor de betaling van huurwaarborgen zullen de minst draagkrachtigen gemakkelijker toegang krijgen tot fatsoenlijke en conforme woningen. Een verder doel is om het recht op energie uit te breiden door de levering van en toegang tot gas, elektriciteit en water te verbeteren met het oog op een betere bescherming van de minst draagkrachtigen. Bovendien zal het budget van sociale verhuurkantoren worden verhoogd om hun ruimere actie- en promotiemogelijkheden te geven en om renovatie- en aanpassingswerkzaamheden uit te voeren. Daarnaast zijn er begeleidingsmaatregelen voor daklozen voorzien om hun integratie te bevorderen via huisvesting. Tot slot zal er een samenwerkingsverband worden opgezet tussen de verschillende instanties om de kennis van de huisvestingsproblematiek in België te vergroten. Het merendeel van deze maatregelen blijft nochtans weinig innovatief en het verslag houdt zich tamelijk op de vlakte over de manier waarop ze zullen worden verwezenlijkt en gefinancierd. Wat dat betreft wordt geen enkele specifieke maatregel genoemd, afgezien van het voornemen van Brussel om het aantal opvangplaatsen voor dakloze vrouwen te verhogen.

De tweede prioriteit behelst het ontwikkelen van de activering en de diversiteit in het tewerkstellingsbeleid en de maatschappelijke integratie. Met activering en diversiteit wordt beoogd de arbeidsparticipatie te verhogen en banen te scheppen door extra aandacht te schenken aan specifieke doelgroepen, zoals personen met een nationaliteit van buiten de EU, laagopgeleiden en ondergeschoolden, en gehandicapten. De hiermee beoogde resultaten komen voort uit het NHP en zijn in overeenstemming met de doelstellingen voor 2010 in het kader van de strategie van Lissabon op het gebied van de arbeidsparticipatie (70%), de participatie in levenslang leren (12,5%) en de vermindering van het vroegtijdig afhaken in het onderwijs (10%). De arbeidsparticipatie van vrouwen zou eveneens het streefcijfer van Lissabon (60% in 2010) moeten bereiken. Ten slotte willen de Belgische autoriteiten de werkloosheidsgraad van personen met een nationaliteit van buiten de EU op hetzelfde niveau brengen als die van Belgische werknemers. Gezien de ernst van het probleem (dat nog ernstiger is als men rekening houdt met personen van buitenlandse afstamming die zijn genaturaliseerd tot Belgen, voor wie de toegang tot de arbeidsmarkt nochtans moeizaam blijft)

en de ambitieuze doelstelling, was het wenselijk geweest als voor het vraagstuk van de integratie van immigranten een geïntegreerde aanpak was gekozen met een aparte maatregel. Op federaal niveau ziet een discriminatiewerkgroep toe op een doeltreffende harmonisering van de verschillende werkgelegenheidsmaatregelen ter bevordering van gelijke kansen op de toegang tot werk voor risicogroepen. Vlaanderen besteedt jaarlijks bijna 8 miljoen euro aan een aantal initiatieven op het vlak van diversiteit om de uitsluiting op de arbeidsmarkt voor ouderen, personen van buitenlandse afstamming en gehandicapten te voorkomen en voorziet eveneens in een tewerkstellingspremie bij de aanwerving van een persoon ouder dan 50 jaar. De drie gewesten gaan het aanbod aan kinderopvang verhogen om werkzoekende ouders in staat te stellen tot de arbeidsmarkt toe te treden. Er staan meerdere initiatieven en instrumenten op stapel ter bevordering van de tewerkstelling van doelgroepen, door begeleiding op maat te bieden bij hun stappen tot integratie. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor het ESF. De uitbreiding van de sociale economie en de nabijheidsdiensten zal zowel in Vlaanderen als in Wallonië worden doorgezet, en zal vergezeld gaan van andere dan professionele activiteiten. Behalve de verschillende onderzoeken en studies die zullen worden gestart om het effect van de activeringsmaatregelen te beoordelen, zullen de middelen voor registratie en monitoring op het gebied van diversiteit worden geharmoniseerd en verbeterd.

De derde prioriteit, de bestrijding van de armoede bij kinderen, heeft tot doel de cirkel van de armoede te doorbreken. De nadruk op deze doelgroep in het armoedebestrijdingsbeleid is nieuw voor België. Het percentage kinderen jonger dan 16 jaar met een armoederisico zou moeten dalen tot 12% in 2010 (tegen 17% in 2003) en het aandeel kinderen (0-17 jaar) die leven in een huishouden zonder betaald werk zou moeten worden teruggebracht van 12,9% in 2005 naar 7% in 2010. Om voor heel België dergelijke cijfers te bereiken zijn, gezien de regionale verschillen, grote inspanningen vereist. Niettemin is er een reeks maatregelen op touw gezet. Complementair aan de financiële maatregelen van de twee andere beleidsprioriteiten die hierboven zijn beschreven, zullen het werkbonussysteem en de nieuwe schoolpremie die is voorzien voor augustus 2006, bijdragen tot verbetering van het inkomen van gezinnen. Op deze manier kennen de Belgische autoriteiten een groot belang toe aan het tegengaan van het vroegtijdig afhaken in het onderwijs en aan het stimuleren van de sociale participatie van alle kinderen vanaf jonge leeftijd. Op het gebied van onderwijs zal alles in het werk worden gesteld voor vermindering van de bijdrage van ouders aan de schoolkosten en voor de diversifiëring van de schoolpopulaties. De banden tussen de gezinnen en de scholen zullen worden versterkt en ouders zullen worden ondersteund in hun educatieve rol. Tot slot zal een reeks maatregelen worden getroffen om het beleid van de Bijzondere Jeugdbijstand en de opvang van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen te verbeteren.

3.4. Governance. Het plan is tot stand gekomen via nauwe samenwerking, gecoördineerd door de Programmatorische Overheidsdienst (POD) Maatschappelijke Integratie, tussen de twee werkgroepen "acties" en "indicatoren", die niet alleen zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van federaal niveau, van elk van de Gemeenschappen en Gewesten, maar ook uit vertegenwoordigers van andere, met name lokale, overheden (Vereniging van Steden en Gemeenten), sociale partners (Nationale Arbeidsraad), deskundigen en verenigingen van personen die in een situatie van armoede en sociale uitsluiting leven. De twee werkgroepen zijn uitgebreid met vertegenwoordigers van alle sectoren van het maatschappelijk middenveld. Voor de ontwikkeling van indicatoren en de bepaling van targets heeft de werkgroep "indicatoren" eveneens geput uit de resultaten van talrijke debatten, onderzoeken en verslagen. De tenuitvoerlegging van het plan loopt via gecoördineerde federale en regionale actieplannen. De werkgroepen zijn verantwoordelijk voor de monitoring van de evolutie van de targets, maar de verschillende verantwoordelijke overheden zullen zelf de gegevens waarmee de tenuitvoerlegging van hun acties kan worden gevolgd, op de website

van de POD Maatschappelijke Integratie kunnen plaatsen. In 2007 zal nog een openbaar colloquium worden gehouden over het plan om aanbevelingen voor de toekomst te formuleren.

4. Pensioenen

In 2004 was de levensstandaard van ouderen gelijk aan die van 3% van de totale bevolking, hetgeen vergeleken met andere landen betrekkelijk laag is, terwijl het armoederisico onder ouderen (21%) naar schatting aanzienlijk hoger is dan voor de Belgische bevolking jonger dan 65 jaar.

De arbeidsparticipatie van oudere werknemers blijft laag, ondanks recente toenamen. In de studie over de houdbaarheid van de openbare financiën op lange termijn van 2006 werd België beoordeeld als een land dat een middelgroot risico loopt voor de houdbaarheid van de openbare financiën, met name vanwege de zeer hoge overheidsschuld. België ondervindt aanzienlijke begrotingsdruk als gevolg van een vergrijzende bevolking: volgens de prognoses uit 2005 van de werkgroep over de vergrijzing van het Comité voor de economische politiek zullen de openbare pensioenuitgaven tussen 2004 en 2050 toenemen van 10,4% tot 15,5% van het bbp.[18] Volgens de prognoses van de subgroep Indicatoren van het Comité voor sociale bescherming, zal de netto theoretische vervangingsratio voor de wettelijke pensioenregeling (voor een werknemer die met 65 jaar met pensioen gaat na 40 jaar voor een modaal inkomen te hebben gewerkt) naar verwachting licht dalen, van 63% in 2004 tot 61% in 2050, terwijl de totale netto vervangingsratio naar verwachting zal stijgen van 67% tot 74%, dankzij bijdragen van 4,25% van het brutoloon aan tweedepijlerpensioenen (op dit moment bouwt zo'n 40-45% van de werkende bevolking een tweedepijlerpensioen op).

Het handhaven van een toereikende en houdbare, sterke wettelijke regeling is een belangrijke zorg voor het Belgische pensioenbeleid. In het gezamenlijk verslag 2006 werd onderstreept dat de werkgelegenheidssituatie onder ouderen verbeterd moet worden om toereikende en houdbare pensioenen te kunnen waarborgen. Tegelijkertijd werd in het verslag ook gewezen op de inspanningen ter verbetering van de toereikendheid van de pensioenen (in het bijzonder de minimumpensioenen en tweedepijlerpensioenen). De Belgische regering heeft verdere stappen ondernomen om met name de toereikendheid van de pensioenen voor vrouwen te vergroten, door de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) verder op te trekken tot het niveau van de armoederisicogrens, een mechanisme in te voeren om de pensioeninkomens aan te passen aan de welvaartsontwikkeling en door beter rekening te houden met deeltijdwerk bij het bepalen van het minimumpensioeninkomen. Ondertussen wordt verder gewerkt aan de harmonisering van de wettelijke pensioenleeftijd voor werknemers in loondienst – mannen en vrouwen – die in 2009 afgerond moet zijn.

Eind 2005 werd een hervorming van de brugpensioenvoorziening goedgekeurd. Deze moet de toereikendheid en de houdbaarheid ten goede komen door de arbeidsparticipatie onder ouderen te bevorderen in het kader van een zogeheten "contract tussen de generaties", met name door de brugpensioenleeftijd te verhogen van 58 naar 60 jaar en door de stimulansen te versterken om na de leeftijd van 62 jaar door te werken voor een loopbaan van ten minste 44 jaar ("pensioenbonus"). Een verdere verhoging van de werkzaamheidsgraad van oudere werknemers is evenwel van essentieel belang.

Daarnaast blijft de strategie voor het waarborgen van de financiële houdbaarheid sterk afhankelijk van het algemene beheer van de sociale zekerheid en de terugdringing van de

---

[18] De nationale prognoses uit het Strategisch rapport voor de sociale bescherming en insluiting 2006 waarin recente hervormingen en afwijkende methodologische keuzen zijn verwerkt, duiden op een stijging in de pensioenuitgaven tussen 2005 en 2050 van 3,9% van het bbp.

overheidsschuld. Bovendien worden besparingen in een reservefonds gestort (eind 2005 bedroegen de reserves 4,5% van het bbp), waarmee ze gereserveerd zijn voor toekomstige uitgaven voor behoeften die verband houden met de vergrijzing.

De bevordering van tweedepijlerpensioenregelingen zou de vervangingsratio's op de lange termijn, en daarmee de relatieve levensstandaarden van gepensioneerden, kunnen verhogen. Hoewel in alle aanvullende pensioenregelingen een minimumpensioen is gewaarborgd op basis van de door de werknemer en de werkgever betaalde bijdragen, zijn er mogelijk aanvullende inspanningen nodig om te zorgen dat een groot aandeel van de beroepsbevolking (met name vrouwen) door tweedepijlerpensioenen gedekt wordt.

5. Gezondheidszorg en langdurige verzorging

5.1. Gezondheidszorg

Beschrijving van het systeem. Het Belgische gezondheidszorgstelsel berust op een systeem van verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging dat deel uitmaakt van de sociale zekerheid. De dekkingsgraad is zo goed als volledig (99%). Zo'n 70% van de financiering is afkomstig van de publieke sector (bijdragen aangevuld met Rijkstegemoetkomingen en toegewezen belastingen), 22% rechtstreeks van gezinnen ("out-of-pocket") en de rest wordt gedekt door aanvullende verzekeringen. Deze aanvullende verzekeringen blijven echter marginaal; er bestaat consensus over het verder versterken en bestendigen van de verplichte openbare verzekering. Patiënten kunnen hun zorgverlener vrij kiezen en hebben rechtstreeks toegang tot specialisten. De zorgverleners worden grotendeels per handeling door de patiënten betaald, op basis van tarieven die door de sociale partners, de ziekenfondsen en de zorgverleners zelf in onderling overleg zijn vastgesteld. Vervolgens krijgen de patiënten zo'n 75% terugbetaald door hun ziekenfonds (uitgezonderd ziekenhuiskosten, die door het ziekenfonds worden vooruitbetaald). Er is een ruim aanbod en er zijn geen wachtlijsten. De bevoegdheid over het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ligt exclusief bij de federale Staat, daar het een integrerend deel uitmaakt van het socialezekerheidsstelsel. De bevoegdheden op het gebied van zorgaanbod en volksgezondheid daarentegen worden gedeeld door de federale Staat en de Gewesten. De Belgische strategie beoogt de financiële lasten voor de armste patiënten te verlichten, de kwaliteit van de zorg via gebruikersgerichte verstrekkingen met aandacht voor de continuïteit van de verzorging, te verbeteren en de kostenstijgingen in de hand te houden door een betere kosteneffectiviteit.

Toegankelijkheid. Hoewel het Belgische gezondheidszorgstelsel de bevolking een hoog beschermingsniveau biedt (99%), zijn de autoriteiten bang dat de bijdrage die voor bepaalde diensten van patiënten wordt gevraagd (21,5% in de vorm van rechtstreekse betaling door gezinnen in 2004, een relatief hoog percentage ondanks de daling van de laatste jaren) voor de kwetsbaarste sociale groepen een zware last kan betekenen. Om dit risico te beperken heeft de overheid een scala aan maatregelen getroffen, onder andere bovengrenzen voor de jaarlijkse uitgaven ("maximumfactuur"), een verhoogde tegemoetkoming en kosteloze preventieve zorg voor iedereen. De "maximumfactuur" is in feite het basisinstrument van het beleid ter stimulering van de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg, voornamelijk door het zeer ruime toepassingsgebied van deze maatregel (500 000 Belgische huishoudens (11%) hebben in 2005 van deze maatregel kunnen profiteren). Het toepassingsgebied van het "maximumfactuur"-mechanisme zal worden uitgebreid. Bovendien zijn meerdere maatregelen voorzien om de kosten van geneesmiddelen voor patiënten te beperken (verplichte prijsverminderingen, aansporing tot het voorschrijven van generische geneesmiddelen,

uitbreiding van de terugbetaling tot bepaalde innoverende geneesmiddelen). Territoriaal bezien zijn er geen problemen met ongelijke toegang. Op ziekenhuisniveau wordt getracht de geografische spreiding van het aanbod te optimaliseren door middel van "zorgbekkens", op het niveau van de eerstelijnszorg tracht men dit te bereiken door middel van toelagen voor huisartsen die zich gaan vestigen in een zone waar een tekort aan huisartsen is.

Kwaliteit. Voor wat betreft de kwaliteit van de zorgverleners maakt het systeem vanouds gebruik van "erkenningsnormen" voor verzorgingsinstellingen. Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg is opgericht voor het analyseren van de klinische praktijken, het ontwikkelen van goede praktijkaanbevelingen en het evalueren van medische technologieën. Er wordt gewerkt aan een systeem van evaluatie door gelijken ("peer review"), waarbij ziekenhuizen bijvoorbeeld op een reeks indicatoren worden vergeleken, zodat ze zelf hun eigen verbeteringsdoelen kunnen stellen. Om de kwaliteit van de verzorging voortdurend te verbeteren beoogt de overheid gebruikersgerichte verstrekkingen (aangepast aan hun behoeften) met aandacht voor de continuïteit van de verzorging te garanderen, met name door voorrang te geven aan eerstelijnszorg, preventiebeleid, de vrije keuze van de patiënten en de beschikbaarheid van informatie. Meerdere vaccins voor kinderen zijn kosteloos en gemakkelijk verkrijgbaar bij preventiediensten.

Financiële levensvatbaarheid op de lange termijn. De totale uitgaven aan de gezondheidszorg (2 922 KKP$ per capita en 9,3% van het bbp in 2004) zijn relatief hoog, onder andere doordat ze de afgelopen jaren sterk zijn gestegen. Volgens de prognoses van de werkgroep over de vergrijzing van het Comité voor de economische politiek (WGA) zullen de overheidsuitgaven aan de gezondheidszorg tussen nu en 2050 met 2,4 procentpunten toenemen en volgens de nationale prognoses met 3,7 procentpunten. De Staat zet in op diverse beleidslijnen om deze stijging van de zorguitgaven te beheersen. Op macroniveau wordt een groeinorm voor de openbare gezondheidsuitgaven vastgelegd, de "globale budgettaire doelstelling", van 4,5% per jaar buiten inflatie. Deze wordt onderverdeeld in "gedeeltelijke budgettaire doelstellingen" per grote medische en paramedische rubrieken. Om te zorgen voor de naleving van deze norm wordt een voortdurende monitoring ingesteld. Op microniveau wordt ingezet op beleidslijnen om alle actoren op het gebied van de gezondheidszorg bewust te maken van hun verantwoordelijkheid: eigen bijdragen voor de gebruikers, "forfaitisering" van sommige ziekenhuisprestaties (hetgeen niet aanzet tot overconsumptie), verdeling van een deel van het budget tussen de ziekenfondsen op basis van "theoretische uitgaven" (dat wil zeggen op basis van de profielen inzake "gezondheidsrisico's" van de verzekerden).

Een betere coördinatie van de zorg en een rationeel gebruik van de middelen zijn van groot belang om de kosteneffectiviteit te verbeteren. Daarom wordt het gebruik van de eerstelijnszorg bevorderd, alsmede het gebruik van het medisch dossier van de patiënt. Samenhangende maatregelen behelzen een technologische evaluatie, een hogere terugbetaling voor generische geneesmiddelen en de vaststelling van beste voorschrijvingspraktijken. In 2005 en 2006 is de globale budgettaire doelstelling van 4,5% daadwerkelijk gehaald. Daarnaast vormt het ontwikkelen van een beleid tot bevordering van de gezondheid en een gezonde levensstijl ook een prioriteit voor alle Gemeenschappen.

5.2. Langdurige verzorging

Beschrijving van het systeem. De langdurige verzorging kan worden verleend in een ziekenhuisomgeving, in de gespecialiseerde diensten of in de vorm van thuiszorg. Ondanks de relatief hoge kosten is het percentage van opname in instellingen van ouderen relatief hoog (6

tot 7% van de personen van 65 jaar en ouder). De Gemeenschappen en Gewesten beschikken over talrijke bevoegdheden, waardoor het aanbod per Gemeenschap en Gewest verschilt. Er bestaat een coördinatie tussen federale, communautaire en gewestelijke onderwerpen, evenals tussen de diensten voor algemene verzorging en de diensten voor langdurige verzorging, bijvoorbeeld door middel van geïntegreerde thuiszorgdiensten, waarmee het mogelijk is de complementariteit van de verschillende zorgverleners en bijstandsdiensten optimaal te benutten.

Toegankelijkheid. De uitdaging om de langdurige verzorging te verbeteren hangt samen met de prioriteit om ouderen de mogelijkheid te bieden zo lang mogelijk in de eigen woning te blijven, hetgeen wordt nagestreefd via de ontwikkeling van het "verzorgingscontinuüm", de "dagverzorgingscentra" en de "centra voor kort verblijf". De thuiszorgdiensten specialiseren zich (thuishulp, palliatieve thuiszorg). Anderzijds brengt het in de eigen woning blijven ook kosten met zich mee voor de persoon in kwestie, zoals het probleem van het vervoer naar de dagverzorgingscentra, of het feit dat mensen die in een centrum voor kort verblijf zitten ook hun huur moeten blijven betalen. In het Belgische verslag wordt bijzondere aandacht besteed aan de verschillende diensten die erop gericht zijn op gepaste en doelgerichte wijze rekening te houden met mentale aandoeningen. Een recente ontwikkeling betreft een aangepast verzorgingscircuit voor patiënten in persisterende neurovegetatieve status, waarmee het gebrek aan een passende structuur voor dat type patiënten wordt ondervangen.

Kwaliteit. Ook voor de langdurige verzorging zijn accreditatie, peer review (bijvoorbeeld door het college van artsen voor de geriatrische diensten) en de ontwikkeling van passende beroepskwalificaties, waarborgen voor de kwaliteit van de dienstverlening. Bijzondere aandacht wordt besteed aan coördinatie met het oog op een geïntegreerd, permanent en multidisciplinair verzorgings- en voorzieningsaanbod dat aan de behoeften van de persoon is aangepast. De komende jaren zullen onder andere zorgtrajecten voor chronische patiënten worden uitgebreid en praktisch worden uitgevoerd.

Financiële levensvatbaarheid op de lange termijn. Veel specifieke risico's die eigen zijn aan de langdurige verzorging worden verzekerd door de verplichte gezondheidszorgverzekering; de uitdagingen om de financiële levensvatbaarheid ervan te waarborgen zijn dan ook dezelfde als bij de geneeskundige verzorging. Een van de uitdagingen voor de komende jaren bestaat erin voldoende verzorgend personeel te kunnen inzetten, gelet op de vergrijzing van de bevolking. Inspanningen zullen worden geleverd om de positie van de zorgverleners die instaan voor de eerstelijnsverzorging te versterken en om voldoende hulpverleners en verzorgenden een aantrekkelijk statuut aan te bieden. Verschillende vormen van verzorging zullen ook moeten worden uitgebreid, rekening houdend met de afhankelijkheidsgraad van de personen (verzorging in instellingen; dagverzorging, nachtverzorging, kort verblijf). Daartoe werd in 2005 een meerjarenprotocol met de verschillende bevoegde overheden gesloten.

6. Uitdagingen

- Verhoging van de werkgelegenheidsgraad, met name onder oudere werknemers, jongeren, migranten en niet-EU-ingezetenen, en verbetering van de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt voor langdurig werklozen, ongeschoolde werknemers en alleenstaande ouders;

- Verhoging van de inspanningen om betaalbare en kwaliteitsvolle huisvesting binnen het bereik van meer mensen te brengen;

- Waarborging van de houdbaarheid en de toereikendheid van pensioenregelingen door de overheidsschuld verder terug te brengen en voortzetting van het toegankelijker maken van tweedepijlerpensioenen, in het bijzonder voor vrouwen;

- Beheersing van de uitgaven aan de gezondheidszorg door verbetering van de kosteneffectiviteit, zonder de toegankelijkheid voor kwetsbare groepen in gevaar te brengen;

- Verbetering van het stelsel voor langdurige verzorging door bevordering van thuiszorg.

BELGIUM : data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	3.7	116.5
2002	1.5	117.6
2004	3.0	119.4
2006	2.7f	118.2f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	60.5	69.5	51.5	29.1	26.3
2002	59.9	68.3	51.4	29.4	26.6
2004	60.3	67.9	52.6	27.8	30.0
2005	61.1	68.3	53.8	27.5	31.8

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	6.9	5.6	8.5	16.7
2002	7.5	6.7	8.6	17.7
2004	8.4	7.5	9.5	21.2
2005	8.4	7.6	9.5	21.5

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65 (2003 instead 2005)		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	73.4	80.2	14.8	19.1	63.3	66.4	5.9
2000	74.6	80.8	15.5	19.5	65.7	69.1	4.8
2004	76.7ps	82.4sp	na	na	67.4e	69.2e	4.3

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop.
1995	8.4	69.5	-	na	na
2000	8.5	69.3	24.6	99	57.5a
2004	9.3	70.9	21.5	na	na

s: Eurostat estimate; p: provisional

*THE Total Health Expenditures

**PHI Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old-age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	27.4	43.1	23.6	13	8.8	2.7	8.8
2000	26.5	44.1	24.2	11.8	8.8	1.8	9.3
2004	29.3	44.1	27.7	12.5	7.1	1.8	6.8

* including administrative costs

Age related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since 2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	26.3	25.4	10,4	6,2	0,9
2010	26.4	-0,3	na	na	na
2030	41.3	4,5	4,3	0,9	0,4
2050	48.1	6,3	5,1	1,4	1

BELGIUM : data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk-of-poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	15	19	14	12	21	19	21	19	21	15	**Total**	4,1
Male	14	-	12	11	19	21	-	20	21	17	**Male**	-
Female	15	-	15	13	22	19	-	18	20	13	**Female**	-

	People living in jobless households: Children	% of people aged 18-59*		
	Total	Total	Male	Female
1999	11.3b	13.0b	11.2b	14.8b
2004	13,2	13,7	11,3	16,0
2006	13,5	14,3	12,3	16,4

	Long-term unemployment rate: % of people aged 15-64		
	Total	Male	Female
1999	4,8	4,0	5,9
2004	4,1	3,7	4,7
2005	4,4	3,8	5,0

	Early school-leavers: % of people aged 18-24		
	Total	Male	Female
1999	15.2b	17.7b	12.7b
2004	11.9b	15.6b	8.3b
2005	13,0	15,3	10,6

**: excluding students; b: break in series*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0,732	0,744	0,734	***Aggregate replacement ratio***	0,418	0,446	0,464

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)							*Assumptions*						
Net		*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates			
										Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions		
Total		Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Current estimate (2002)		Assumption
6		4	-2	DB	6	DC	68	40	45	46.3	Nd		4.25

** (DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

БЪЛГАРИЯ

1. Актуално положение и основни тенденции

През последните години БВП се характеризира с постоянни стойности, доста над средните за Европейския Съюз (ЕС): в периода 1998-2004 г., реалният ръст на БВП беше средно 4,4% годишно, достигайки 5,6% през 2004 г., докато инфлацията поддържаше едноцифрени стойности. Очаква се ръстът да се задържи между 5,5% и 6% през целия период 2006-2008 г. Тези цифри обаче не отразяват неформалната икономика. Общото ниво на заетостта, което остава сред най-ниските 10 в Европейския Съюз, се е увеличило от 54,2% (2004 г.) на 55,8% (2005 г.), като процентите, както за жените, така и за мъжете, са се увеличили съответно от 50,6% и 57,9% (2004 г.) на 51,7 % и 60% (2005 г.). Във възрастовата група 55-64 години равнището на заетостта се е повишило от 32,5% (2004 г.) на 34,7% (2005 г.). Във възрастовата група 15-24 години, обаче, заетостта се е повишила само от 21,5% (2004 г.) на 21,6% (2005 г.). През периода 2004-2005 г., общата безработица е намаляла от 12% до рекордните 10,1%. Безработицата при жените е намаляла от 11,5% (2004 г.) на 9,8% (2005 г.), докато безработицата при мъжете е намаляла от 12,5% на 10,3%. Отрицателният естествен прираст на населението (-5,4% през 2005 г.) и непрекъснатата изходяща миграция допринасят за създаването на една от най-предизвикателните демографски ситуации в Европа: делът на лицата на възраст 0-14 години е бил 13,6% през 2005 г., а коефициентът на възрастова зависимост – 44,5% (2005 г.).[19] Очакваната средна продължителност на живота през 2004 г. е била 76,2 г. (жени) и 69 г. (мъже), което показва големи разлики в сравнение със средната за ЕС стойност. Детската смъртност (11,6 през 2004 г.) е над средната стойност за ЕС от 4,5 за 2004 г., но бележи значително понижение от 27,3 през 1970 г. Смъртността при раждане е също висока - 12,21 за 2004 г.

2. Общ стратегически подход

Националният доклад по стратегиите за социална защита и социално включване приема основните предизвикателства, идентифицирани в Съвместния меморандум по социално включване (JIM). Осигуряването на равни възможности за всички да ползват благата от икономическия растеж, е ключовият принцип, водещ общия стратегически подход. Подчертани са възможностите за хората с увреждания, децата, младежите и възрастните, както и многоизмерният характер на предизвикателствата в областта на социално включване. Равенството на половете подсилва общия подход, наред със създаването на устойчиви и ефективни системи за социална защита и социално включване. Отчетено е, че социалната защита и политиките за икономически растеж, и повече и по-добри работни места са водещи при формулирането на политиките и програмите, както и на основните бюджети. Националният стратегически доклад е важна стъпка към определянето на стратегическите приоритети на политиките за социална защита и социално включване. От друга страна обаче, трябва да продължат усилията за подобряване на координацията между мерките за последователно планиране, финансиране и наблюдение на всеки политически приоритет. Българското правителство показва, че осъзнава значението на ефективните връзки между Лисабонските цели и собствените му политики за социална защита и социално включване, но са необходими допълнителни усилия за по-ефективно илюстриране на

[19] Национален статистически институт: http://www.nsi.bg/Population/Population.htm (септември, 2006 г.)

взаимоподкрепящи действия. Въпреки, че общият стратегически подход не споменава конкретно ромското население, следващите раздели на доклада и други стратегически документи показват, че предизвикателствата за включване на етническите малцинства се осъзнават и са поети ангажименти в тази насока. По отношение на управлението, се дава приоритет на консултациите и навременното включване в тях на заинтересованите страни. Консултациите обаче трябва да се използват целесъобразно, като средство за достигане до гражданското общество и изграждане на публична съпричастност и подкрепа за политиките. Въпреки, че е отчетена добавената стойност на Съвместния меморандум по социално включване (JIM) и подкрепата, предоставена в рамките на програма ФАР, са необходими допълнителни усилия за по-нататъшното разработване на стратегията за използване на средствата от Европейския социален фонд (ЕСФ).

3. Социално включване

3.1 Основни тенденции

Независимо от спада на общата безработица, равнището на заетостта остава ниско. В края на 2005 г., нивото на заетостта (15-64 г.) е било 55,8%, с разлика между половете от 8,3 процентни пункта. Мерки, като намаляването на процента на вноските за пенсионно осигуряване и повишеният контрол на инспекциите по труда, допринесоха за намаляването на нерегистрираните заети лица, както и за по-високия ръст на заетостта. Отличителна черта на безработицата в България е дългосрочната безработица: безработните, останали без работа в продължение на повече от една година, съставляват 59,8% от всички безработни през 2005 г. През двегодишния период 2004-2005 г., процентът на ранно напускащите училище (като цяло) отбелязва слабо подобрение (съответно от 21,4% на 20%), сравнено с 15,1% в ЕС (2005 г.). По отношение на условията на живот, БВП на глава от населението (изчислен по паритет на покупателната способност) нараства от 26,5% (2000 г.) на 31,8% (2004 г.) от средната стойност за ЕС на 25-те. През 2004 г., процентът на застрашените от бедност[20] е 15%. През 2005 г. прагът на бедността се е повишил до 936 EUR годишно или 78 EUR месечно. Делът на жените от живеещите под прага на бедността е 17% (2004 г.). Техният дял нараства до 23% при лицата над 65 години. Делът на застрашените от бедност сред възрастните хора над 65 години се е увеличил на 16% (2004 г.) от 14,1% (през 2003 г.). В края на 2005 г. 2,3 милиона души от населението се издържа от пенсии. По-силно засегнато от бедността е и ромското население.

Процентът на застрашените от бедност остава непроменен, въпреки нарасналите икономически възможности. В този смисъл социалните трансфери играят важна роля за намаляването както на относителната, така и на абсолютната бедност. Въпреки увеличението на средната пенсия от 41 EUR (2000 г.) на 69 EUR (2005 г.), номиналната стойност на пенсиите продължава да е ниска и все пак допринася за намаляването на бедността: според националната статистика нивото на бедност от 39,1% (през 2005 г. преди социалните трансфери) намалява до 17,2% при включването на пенсиите и до 14,2% след включването на всички други трансфери. Коефициентът на поляризация за 2004 г. е 4. Съгласно Националния стратегически доклад, разходите за социални

---

[20] Данните за всички свързани с доходите показатели (процент на застрашените от изпадане в бедност, S80/S20, брутен коефициент на заместване и др.) се основават на националното наблюдение на бюджетите на домакинствата, което впоследствие е коригирано съгласно хармонизираната методология на ЕС на статистическите данни на Общността за доходите и условията на живот (EU-SILC), но не са напълно съвместими с подробно дефинираните доходи в SILC.

осигуровки и социални помощи съставляват 13,4% от БВП (по данни на националната статистика за 2005 г.)[21]. Особено уязвими към бедността и социалното изключване са: а) децата (особено тези от етническите малцинства и живеещите в домакинства с един родител); б) лицата с ниски заплати и безработните (работниците с ниски заплати и безработните съставляват 55% от хората, които живеят в бедност); и в) възрастните хора, особено тези над 75-годишна възраст.

3.2 Ключови предизвикателства и приоритети

Четири са основните политически цели, идентифицирани за периода 2006-2008 г.: i) равноправно участие на пазара на труда на групите в риск от изпадане в бедност и социално изключване; ii) осигуряване на равен достъп до услуги с цел предотвратяване на социалното изключване и неговите последици; iii) социално включване на уязвими етнически малцинства; iv) намаляване на бедността сред групите в извън трудоспособна възраст, особено сред децата и възрастните хора. Тези четири основни политическите цели се свързват с дванадесет ключови цели за 2008 г., които могат да се групират по следния начин:

Заетост: i) равнище на икономическа активност (за възрастова група 15-64 години) от 65,6%; ii) равнище на безработицата под 9%; iii) увеличаване на равнището на заетост (за възрастова група 15-64 год.) до 59,2%; iv) увеличаване с 20% на броя на лицата от уязвимите групи, включени в професионално обучение. Образование: v) намаляване с 10% на броя на отпадналите ученици във възрастовата група, която подлежи на задължително образование, спрямо равнището през 2005 г.; vi) увеличаване с 15% на броя на учениците със специални образователни потребности, интегрирани в общообразователните и професионални училища; vii) увеличаване на броя на учениците от ромски произход, изведени от сегрегирани училища с 10%. Социална закрила: viii) намаляване на броя на хората, които получават социални помощи с 5%; ix) намаляване на броя на лицата, настанени в специализирани институции с 10%; x) увеличаване на броя на лицата от уязвими групи, които ползват социални и здравни услуги, предоставяни в общността с 20%. Общи : xi) увеличение на общият доход на домакинствата с най-малко 15%; xii) номинален ръст на доходите от пенсии с над 5% годишно.

Тези цели съответстват на ключовите тенденции и предизвикателства и са заложени в редица стратегически документи в областта на социалната защита и социалното включване. Те допълват стратегическия подход и отразяват седемте ключови приоритета на политиката за социално включване. Въпреки, че се основават на Съвместния меморандум по социално включване (ЈІМ), тяхното количествено изражение е иновативно. Независимо, че цел (x) съдържа здравна насоченост, общите здравни предизвикателства на България изискват по-добра координация между елементите на Отворения метод на координация (ОМК). Достъпът до здравни услуги продължава да бъде сериозен проблем за лицата, които не са платили здравноосигурителните си вноски. Особено внимание трябва да се обърне на достъпа до здравни услуги и на премахването на финансовите и други бариери, ограничаващи достъпа, особено за хората, които живеят в селата и лицата извън обхвата на програмите за социално подпомагане.

3.3 Политически мерки

---

[21] Министерство на финансите, консолидиран бюджет

За всяка от четирите горепосочените политически цели се предвиждат подробни мерки, заедно с определени показатели за по-нататъшно проследяване. Темата за равенството между жени и мъже се явява като хоризонтален принцип , тъй като проектът за Закон за равните възможности трябва да бъде гласуван в Парламента. Политическата цел за *равноправно участие на пазара на труда на групите в риск от изпадане в бедност и социално изключване* ще бъде постигната чрез съчетаване на съществуващи мерки с нови политически мерки, като например насърчаване на активното поведение на пазара на труда на дългосрочно безработните чрез заплащане на „бонус" при намиране на работа, насърчаване на заетост, съобразена със специфичните нужди на уязвимите групи, и насърчаване на социалната икономика. *Осигуряването на равен достъп до услуги с цел предотвратяване на социалното изключване и неговите последици* се опира на мерки, които имат за цел да гарантират зачитането на социалните права, както и на нови политически мерки (засилване на сътрудничеството с местните власти и с организациите на гражданското общество, увеличаване на финансирането на услугите в общността, развитие на социални услуги, насочени към деинституционализация, намаляване на равнището на отпадналите ученици и подкрепа за обучението на децата със специални образователни потребности в общообразователна среда). Политическата цел за *социално включване на уязвими етнически малцинства*, освен прилаганите в момента мерки, включва мерки като подобряване на възможностите на представителите на ромската общност за пълноценно участие, съставяне на база данни за процеса на интегриране на ромите, подобряване на мултиетническата културна среда и въвеждането на мерки за намаляване на детската и майчината смъртност сред ромите. Политическата цел за *намаляване на бедността сред групите в извън трудоспособна възраст* съчетава мерки, насочени към две конкретни групи: децата и възрастните. Тези мерки включват нормативно утвърждаване на официален праг на бедността, развитие и разширяване на социалните услуги за двете целеви групи и създаване на механизъм за наблюдение на детската бедност. Като цяло, за периода 2006-2008 г. близо 60 нови мерки ще бъдат приложени за постигането на четирите ключови политически цели. Националният бюджет е основният финансов източник за обезпечаването на тези мерки, заедно с общинските бюджети. Европейският социален фонд (ЕСФ) и гарантираният държавен заем от Световната банка ще допълнят финансирането. Не е изготвено обаче точно разпределение на ресурсите по групи от мерки, което да покаже, че са изпълними от гледна точка на бюджета и общия ангажимент по тях. За предпочитане е да се определят по-малко на брой, но ясно определени приоритети с адекватно финансиране и с точни механизми за наблюдение, които да включват и междинно планирани резултати и оценка на въздействието, отколкото много на брой действия, чието изпълнение би могло да се окаже отвъд наличния административен капацитет, особено на местно ниво.

3.4 Управление

Министерството на труда и социалната политика е основният координиращ орган на централно ниво. Националното законодателство предвижда консултации със заинтересованите страни. Това се постига чрез мрежа от консултативни органи като Националния съвет за тристранно сътрудничество, Националния съвет за интеграция на хората с увреждания, Националния съвет за координиране на политиките и програмите за намаляване на бедността и социалната изолация, Националния съвет за сътрудничество по етническите и демографските въпроси, Националното сдружение на общините в Република България и други консултативни органи. В областта на защитата от дискриминация през 2005 г. беше създадена Комисията за защита от дискриминация след влизането в сила на Закона за защита срещу дискриминацията. Прозрачността при

вземането на решения и участието на всички заинтересовани страни са представени като ключови фактори за по-добро управление. Ето защо е необходимо политическата и междуведомствената координация да се подобри допълнително, което важи и за мерките за активно участие на заинтересованите страни. Що се отнася до социалното включване на етническите малцинства, от съществено значение е да продължи и да се засили участието на организациите на гражданското общество, които представляват интересите им. Необходимо е също така да бъдат положени повече усилия в борбата срещу неформалните плащания в здравеопазването и образованието.

4. Пенсии

Както бе посочено в раздел 3.1, България е отбелязала напредък в намаляването на бедността сред пенсионерите. От друга страна обаче, 23% от жените на възраст над 65 г. са застрашени от изпадане в бедност спрямо само 5% от мъжете. Прогнозите за бъдещите стойности на коефициента на възрастова зависимост при възрастното население в България са значително по-високи от средните за ЕС (60,9% сравнено със средната стойност от 53,2% за ЕС през 2050 г.), което ще окаже значително влияние върху дългосрочната устойчивост на пенсиите. Прогнозите за коефициента на заместване от 2005 г. показват, че средният нетен коефициент на заместване за пенсиите от обществената система за задължително пенсионно осигуряване от разходопокривен тип (I стълб) ще възлиза на 44% през 2030 г. и на около 42% през 2050 г. Схемите за допълнително пенсионно осигуряване се очаква да имат положително въздействие върху доходите на пенсионерите чрез увеличаването на общия нетен коефициент на заместване на 52% през 2030 г. и 57% през 2050 г. Дългосрочните прогнози за публичните разходи за пенсии показват, че актюерският баланс на фондовете на обществената система за задължително пенсионно осигуряване от разходопокривен тип ще остане отрицателен (4% през 2030 г. и 9% през 2050 г.). Прогнозира се публичните разходи за пенсии, обаче, да бъдат около 7,3% от БВП през 2050 г.

България осъществи значителни промени в пенсионната си система през 2000 г. с въвеждането на капиталов компонент в системата от първия стълб и с реформирането на разходнопокривната си система. Увеличаването на пенсионната възраст, което се обсъжда в момента, ще окаже въздействие върху дългосрочната устойчивост. Остава отворен въпросът по отношение на адекватността на пенсиите за лицата, които не са направили достатъчно вноски и на лицата с ниски доходи. Решението да се обвърже индексирането на пенсиите с комбинация от заплати и цени ще спомогне за бъдещата устойчивост, но може да доведе до положение на толкова по-ниски доходи за пенсионерите, колкото по-далеч от пенсионирането се намират те. Разработването на капиталов компонент в първия стълб и насърчаването на други доброволни спестявания следва да осигурят добри стимули за работа и удължаване на трудовия живот. Ще е от значение обаче разработването на подходящи механизми за изплащане на пенсии по тези системи, които да бъдат устойчиви и да допринасят за подобряване на коефициентите на заместване. Нещо повече, удължаването на трудовия живот чрез стимули или чрез по-тясно обвързване на осигурителните вноски с обезщетенията, трябва да върви ръка за ръка с повишаване на възможностите за работа на по-възрастните работници. Повишаването на равнището на заетостта, и в частност при по-възрастните работници, е стъпка напред, както и подобрението на събираемостта на вноските и адекватността на пенсиите. Освен това, лицата ще могат да спестяват чрез двата капиталови компонента в системата. Въпреки отбелязаните подобрения,

равнището на заетостта е все още много далеч от средните за ЕС стойности, както и от стабилизиране и постигане на устойчивост.

5. Здравна и дългосрочна грижа

5.1 Здравеопазване

Описание на системата. Общите здравни показатели в България показват значителни отклонения спрямо средните за ЕС стойности. След въвеждането на задължителното здравно осигуряване (Закон за здравното осигуряване, 1998 г.), Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) събира здравноосигурителни вноски от работодатели и служители в размер на 6% от работната заплата. НЗОК сключва договори с общопрактикуващи лекари, специалисти в извънболнична медицинска помощ и болници. Общопрактикуващите лекари получават възнаграждения от НЗОК на база брой пациенти срещу предоставени услуги, с регионални компенсации за неутрализиране на географските различия. Лекарите от извънболничната медицинска помощ получават заплащане въз основа на хонорари за извършени услуги. Здравноосигурителните вноски на безработните, на бедните, пенсионерите, студентите, учениците и други уязвими групи се покриват от държавния и общинския бюджети. Министерството на здравеопазването ръководи цялостната здравна политика и управлението на системата на здравеопазването. То отговаря за спешната медицинска помощ, ваксинациите и имунизациите, психиатричните грижи, държавния контрол на хигиената и на храните и популяризирането на здравословен начин на живот. Болничните грижи се осигуряват от многопрофилните и специализирани болници за активно лечение, които могат да бъдат съвместна собственост на Министерството на здравеопазването и на общините, само на общините или само държавна собственост. Болничната помощ се покрива от НЗОК въз основа на клинични пътеки. Възстановяването на разходите за медикаменти зависи от случая. Животоспасяващите лекарства и лечението на определени заболявания като рак, диабет и генетични заболявания са безплатни. Болничният престой и лечението без предварително направление се заплащат по фиксирани и единни тарифи. Допълнителни приходи за общопрактикуващите лекари и болниците се осигуряват от задължителните такси, заплащани от пациентите при посещение (1% от минималната работна заплата) и болничен престой на ден (2% от минималната работна заплата). Голяма група пациенти са освободени от тези такси. Доброволното здравно осигуряване заема малък дял в общото предоставянето на здравни услуги и здравно осигуряване.

Достъпност. Държавата предоставя свободен, универсален достъп до спешната медицинска помощ и до всички услуги, които се заплащат от държавния бюджет. Достъпът се затруднява по различни причини: географското разпределение на здравните практики, транспортни проблеми, липса на регистрация при личен лекар и неплатени здравни осигуровки от регистрираните пациенти. Въпреки реформите, малък процент от населението продължава да не е регистрирано при личен лекар. Това може да окаже отрицателен ефект върху достъпа на тези хора до здравни услуги. Макар, че здравноосигурителните вноски на уязвимите групи се покриват от държавата, ограниченият достъп до здравна помощ продължава да съществува като проблем поради липсата на информация за правата и задълженията, за освободените от такси групи и регулаторни процедури. Държавният бюджет също така предвижда специфични здравни помощи при хоспитализация на хора от уязвимите групи. Остава

проблемът с фрагментирания достъп до основни здравни услуги на някои етнически малцинства, особено в селските райони, поради липса на регистрация и неплатени здравноосигурителни вноски в НЗОК. Процентът на възстановяване на разходите за някои лекарствени и медицински средства на практика затруднява достъпа до здравни услуги. По подобен начин, доплащанията (на такси за услуги без направление на здравноосигурените лица и на лицата с право на безплатно обслужване) и неформалните плащания, които продължават да съществуват, имат отрицателно въздействие върху достъпа.

Качество. През последните години са въведени 25 медицински стандарта в различни медицински специалности. Механизмът за акредитиране на здравните заведения е разширен и включва не само болници, но и клиники за извънболнична медицинска помощ. Ще се изготвят и въведат правила за добра медицинска практика. Властите продължават да изпитват трудности при установяването на ефективен контрол на качеството и на механизми за оценка на услугите в здравеопазването. Макар, че превантивните политики и имунизационните кампании са добре установени, количеството и качеството им са различни. Въпреки че пациентите могат свободно да избират своя личен лекар, процесът с направлението към специализирани грижи се затруднява поради ниското качество и недостига на тези услуги (географски различия и транспортни проблеми). Властите признават, че въвеждането на системи за акредитиране и управление на качеството, заедно с правила за добра медицинска практика, ще допринесат за по-доброто качество на медицинското обслужване и равнопоставеност в здравеопазването. Компетентните органи приемат, че са необходими допълнителни действия за подобряване на качеството на грижите и обслужването.

Дългосрочна устойчивост. През 2004 г., общите разходи за здравеопазване възлизат на 7,7% от БВП. Делът на публичните здравни разходи е 55,8% от общите разходи за здравеопазване, като официалните доплащания съставляват 43,5% от общите разходи за здравеопазване. Правителството отчита необходимостта да се увеличи публичното финансиране на здравеопазването и да се подобри схемата на задължително здравно осигуряване. След 2006 г. делът на финансиране на болниците от НЗОК се е увеличил и постепенно е изместил дела на държавното и общинско финансиране. Като обръща внимание на финансовата устойчивост на системата, Правителството заявява, че средствата, отделени специално за медицинското обслужване на уязвимите групи, ще бъдат запазени.

5.2. Дългосрочна грижа

Описание на системата. Дългосрочната грижа се предоставя както в институции, така и в общността. Компетентните органи отчитат, че е необходимо разширяване на социалните услуги в отговор на демографските промени. Това съответства на общата тенденция към деинституционализация и приоритетно развитие на услугите в общността. Управлението на социалните услуги е задължение на общините, като и държавните и общинските бюджети се използват за финансиране на предоставяните социални услуги. За да гарантира финансовата устойчивост и подкрепи общините при изпълнението на техните нови отговорности в развитието на социалните услуги, държавата осигурява финансиране на редица социални услуги (дневни центрове, защитени жилища, центрове за социална рехабилитация и интеграция, специализирани институции и др.). Социалните услуги могат да бъдат финансирани и от частни лица.

Частните доставчици трябва да бъдат вписани в регистъра на Агенцията за социално подпомагане. Социалните услуги се предоставят възмездно, срещу заплащане на такси или посредством споразумения между потребители и доставчици. Някои групи се субсидират от държавния бюджет (децата под 16-годишна възраст, лицата без доходи или спестявания, настанените в приюти). Социалните услуги се ползват доброволно и се избират свободно. Институционалната грижа се предоставя, когато липсват социални услуги в общността. Органите възнамеряват да развият услуги за дългосрочна грижа чрез цялостно прилагане на новото законодателство и насърчаване на публично-частните партньорства (законодателна реформа на социалните услуги от 2003 г.).

Достъпност. За лицата, нуждаещи се от психиатрични грижи, целта е да се осигури деинституционализирана грижа с подходящи интеграционни механизми за връщането им в общността. За възрастните хора обаче се предвижда увеличаване и разширяване на социалните услуги, особено на услугите, предоставяни в общността. Таксите са ниски и не възпрепятстват достъпа до услуги за дългосрочна грижа. Въведени са мерки за гарантиране на свободния достъп до социални услуги за уязвимите групи.

Качество. Независимо от действащите правни норми относно задълженията на доставчиците на дългосрочни грижи, включително възможността за закриване на институции, подобряването на материалните условия продължава да представлява сериозна трудност. Освен държавния контрол, социалните услуги подлежат и на граждански контрол (обществени съвети, попечители и др.). Властите отчитат необходимостта да се разшири кръгът на предоставяните услуги, както и да се подобри качеството на съществуващите услуги.

Дългосрочна устойчивост. Застаряването на населението ще наложи отделянето на повече средства за услуги за предоставяне на дългосрочни грижи и по-конкретно за възрастните хора. Въпреки, че приетата стратегия за засилена деинституционализация ще облекчи до известна степен финансовата тежест върху държавния бюджет, трябва да се предвидят адекватни алтернативи за грижа в общността, които ще доведат до допълнителни разходи, особено за уязвимите групи, които не разполагат със средства.

6. Бъдещи предизвикателства

- Борба с дългосрочната безработица и бедността, особено в области с многостранно социално-икономическо изоставане, посредством активен подход, обвързващ решителни действия в здравеопазването и образованието, с цел да се повишат индивидуалните възможности за интеграция на пазара на труда.

- Прекъсване на предаването на бедността между поколенията и повишаване на шансовете на младежите, и в частност на принадлежащите към уязвимите групи, както и в слаборазвитите региони и градове, чрез преодоляване на несъответствието между умения и изисквания на пазара на труда, намаляване на случаите на ранно напускане на училище и предоставяне на социални услуги и социални жилища.

- Разширяване на усилията за социално включване на уязвимите групи и етническите малцинства, като се акцентира върху необходимостта от държавна политика за борба с дискриминацията и действия за повишаване на осведомеността.

- Гарантиране на достатъчно налични ресурси за предоставяне на достъп до здравни услуги и адекватни ресурси за социална защита на всички (особено пенсии) и подобряване на ефективността на системата за социална защита за намаляването на бедността. Повишаване на равнището на заетостта, особено сред по-възрастните работници, и подобряване на събирането на вноските с цел да се гарантира устойчивото финансиране на социалната защита и здравните услуги.

- Ускоряване на прилагането на реформата на услугите за предоставяне на дългосрочни грижи посредством по-голямо предлагане на социални услуги, по-нататъшна деинституционализация и разширяване на адекватните услуги, предоставяни в общността, без да се пренебрегва необходимостта от подобряване на качеството в съществуващите институции.

BULGARIA data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	5.4	26.5
2002	4.9	28.3
2004	5.6	31.8
2006	6.0f	34.2f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	50.4	54.7	46.3	19.7	20.8
2002	50.6	53.7	47.5	19.4	27.0
2004	54.2	57.9	50.6	21.5	32.5
2005	55.8	60.0	51.7	21.6	34.7

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	16.4	16.7	16.2	33.7
2002	18.1	18.9	17.3	37,0
2004	12.0	12.5	11.5	25.8
2005	10.1	10.3	9.8	22.3

** *GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast*

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	67.1	74.6	12.5	15.2	na	na	14.8
2000	68.4	75.1	12.8	15.4	na	na	13.3
2004	69.0sp	76.2sp	13.2sp	16.2sp	na	na	11.6

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop.
1995			-		
2000	6.2	59.2	40.4		
2004	7.7	55.8	43.5		

* *Total health expenditure* * *Private health insurance*

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	na	na	na	na	na	na	na
2000	na	na	na	na	na	na	na
2004	na	na	na	na	na	na	na

* *including administrative costs*

Age related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio	expenditure (% of GDP) level in **2004** and changes since 2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	na	na	na	na	na
2010	na	na	na	na	na
2030	na	na	na	na	na
2050	na	na			

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

BULGARIA data summary sheet

	At-risk-of-poverty rate					*Poverty risk gap*					*Income inequalities*	
HBS income 2004	Total	Children 0-15	16+	16-64	65+	Total	Children 0-15	16+	16-64	65+		S80/S20
Total	15	22	14	14	16	19	24	18	20	13	**Total**	4
Male	13	-	12	13	5	20	-	20	21	8	**Male**	-
femal	17	-	17	14	23	18	-	17	20	14	**Female**	-

	People living in jobless households					*Long-term unemployment rate*				*Early school-leavers*		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	na	na	na	na	**1999**	na	na	na	**1999**	na	na	na
2004	15.6	13.7	13.2	14.2	**2004**	7.2	7.3	7.0	**2004**	21.4	22.1	20.7
2006	14.5	11.6	11.1	12.0	**2005**	6.0	6.0	6.0	**2005**	20.0	19.5	20.6

** excluding students*

HBS income 2004	Total	Male	Female	HBS income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	na	na	na	***Aggregate replacement ratio***	na	na	na

Change in theoretical replacement rates (2005-2050)

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*						
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates			
									Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions		
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Current estimate (2002)		Assumption
na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na

**(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

ČESKÁ REPUBLIKA

1. Situace a hlavní trendy

Hospodářský růst je v posledních letech silný, v roce 2006 dosáhl 6 % a HDP na hlavu vzrostl na 76,1 % průměru EU-25. Po mírném poklesu v minulých letech začaly míry zaměstnanosti stoupat. V roce 2005 se celková míra zaměstnanosti (64,8 %) udržela nad průměrem EU-25, spolu s mírou zaměstnanosti starších pracovníků (55–64 let), která se významně zvýšila (44,5 % oproti 42,7 % v roce 2004). Míra zaměstnanosti žen (56,3 %) se rovnala průměru EU-25. Na druhé straně ale míra zaměstnanosti u mladých lidí (15–24 let) nadále klesala (27,5 %). Míry nezaměstnanosti mírně klesly (7,9 % celková, 9,8 % u žen). Míra nezaměstnanosti mladých lidí klesla výrazněji (19,2 %). Míra dlouhodobé nezaměstnanosti zůstala v roce 2005 na 4,2 %. Míra ohrožení chudobou[22] je jednou z nejnižších v EU-25 (10 % v roce 2004). Obyvatelstvo stárne a míra plodnosti (1,2) patří k nejnižším na celém světě. Předpokládá se, že Česká republika bude v nadcházejících desetiletích čelit rychlému stárnutí: poměr příjemců důchodů (míra závislosti) byl 19,8 v roce 2005 a předpokládá se, že do roku 2050 vzroste o více než 50 %. Délka života při narození (72,6 u mužů a 79,2 u žen v roce 2004) je mírně pod průměrem EU-25[23], ale během posledního desetiletí soustavně vzrůstala. Očekávaná délka zdravého života (62,8 a 63,3 v roce 2002) není příliš pod průměrem EU-15. Míra dětské úmrtnosti (3,7 v roce 2004) je jednou z nejnižších v EU a od roku 1960 (20) soustavně klesá. I míra prenatální úmrtnosti (4,3 v roce 2003) je ve srovnání se standardy EU nízká. Výdaje na sociální ochranu se neustále zvyšují a v roce 2004 dosáhly 19,6 % HDP (EU-25 – 27,3 %). Výdaje na důchody byly v roce 2005 8,5 % HDP a předpokládá se jejich zvýšení na 14 % v roce 2050; celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly 7,2 % HDP v roce 2004.

2. Celkový strategický přístup

Hlavní výzvy prezentované v této zprávě jsou: dosáhnout udržitelného standardu sociální ochrany, udržet přiměřené důchody a slušné životní podmínky pro důchodce, předcházet a řešit mezigenerační sociální vyloučení a zvyšovat začleňování lidí z rizikových skupin sociálního vyloučení do pracovního trhu. Český systém sociální ochrany úspěšně snižuje chudobu a zabraňuje sociálnímu vyloučení, ale potřebuje upravit, aby zajistil svou udržitelnost a zabránil závislosti na sociálních dávkách. Bude se proto konkrétně usilovat o dosažení sociální soudržnosti pomocí opatření zaměřených na zvyšování ekonomické a sociální nezávislosti populace při současném udržování základní životní úrovně populace. Hodlá se také předcházet mezigeneračnímu přenosu deprivace zaměřením pozornosti na ochranu rodin a dětí zajištěním rovného přístupu ke vzdělávání a odborné přípravě. Zpráva však nepředkládá dostatečný synergický vztah mezi sociálním začleněním a účastí na trhu práce a nezmiňuje se o otázce spojení flexibility a jistoty. V otázce důchodů bude kladen důraz na pozdější odchod do důchodu a na podporu doplňkových důchodových systémů. Politika zdravotní a dlouhodobé péče by měla přispívat k sociální soudržnosti soustředěním se na prevenci nemocí, zvyšování veřejného povědomí o potřebě nezneužívat zdravotní služby,

---

22 Na základě provádění statistiky Společenství v oblasti příjmů a životních podmínek (EU-SILC) v roce 2005, nemohou být hodnoty všech ukazatelů založených na příjmech pro rok 2004 (míry ohrožení chudobou, S80/S20, agregovaný náhradový poměr, atd.) porovnávány s předpoklady stanovenými v předešlých letech, zaznamenatelné meziroční rozdíly proto nejsou významné. Během přechodu ze systému ECHP (panel domácností Evropského společenství) na nový harmonizovaný a srovnatelný systém SILC (viz metodickou poznámku) byly tyto předpoklady založeny na průzkumu Mikrocenzus, který nebyl plně kompatibilní s metodikou systému SILC, který používá detailní údaje o příjmech.

23 EU-25 průměr 75,8 a 81,9 pro muže a ženy v roce 2004.

aby se zajistila jejich udržitelnost, a zvyšování kvality a dostupnosti zdravotní a dlouhodobé péče. Zpráva odkazuje na národní program reforem v rámci lisabonské strategie (NPR) a jeho priority a vyzdvihuje potřebu zajistit dlouhodobou udržitelnost systémů sociální ochrany, aby se zaručil hospodářský růst a konkurenceschopnost.

K otázkám správy a řízení se přistupuje různě v každé ze tří částí. Komise pro sociální začleňování, kterou založilo ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), koordinuje strategii sociálního začleňování a také pracovala na části zprávy týkající se zdravotní a dlouhodobé péče (byla vytvořena speciální podskupina). Politické strany určily zvláštní tým expertů, aby pracoval na návrzích důchodové reformy, zatímco v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče už existují standardní struktury, jako např. pracovní výbory a skupiny expertů a organizace lékařů a pacientů. V oblasti provádění je kladen důraz na mainstreaming sociálního začleňování, což ale zatím není aplikováno jako obecná zásada.

Jako příklad vzájemného posílení byla vyzdvihnuta opatření v oblasti vzdělávání pro romské děti, která mají za cíl překonat jejich nevýhody způsobené nedostatečným vzděláním, pomocí přípravných tříd, asistentů učitelů a podpory programů pro středoškolské vzdělávání. Příslušné statistiky nejsou zatím k dispozici, ale dá se předpokládat, že tato opatření pomáhají dětem dokončit základní vzdělání a postoupit na střední školu. To bude mít zároveň kladný vliv na jejich vstup na pracovní trh. Gender mainstreaming však není ve zprávě evidentní. Konkrétně na strukturální fondy a zejména Evropský sociální fond se nahlíží jako na důležité nástroje pro provádění strategie sociálního začleňování.

3. Sociální začleňování

3.1 Hlavní trendy

Míra ohrožení chudobou v České republice je jedna z nejnižších v EU-25 (10 % v roce 2004). Role sociálních transferů je v oblasti snižování chudoby významná: bez nich by žilo pod hranicí ohrožení chudobou 39 % osob. Důchody snižují tuto míru z 39 % na 21 % a ostatní sociální transfery na 10 %. Díky pravidelným úpravám důchodů je velmi malé procento chudých důchodců. Ženy (11 %) jsou vystaveny riziku chudoby více než muži (10 %), a tento rozdíl se zvyšuje s věkem (ve věkové skupině 65+ 7 % žen, 2 % mužů). Skupiny, které jsou riziku chudoby vystaveny nejvíce, jsou nezaměstnaní (51 %), neúplné rodiny s alespoň jedním dítětem (41 %) a domácnosti se třemi a více dětmi (25 %). Čistý příjem příjemců sociální pomoci byl u svobodných lidí 66,6 %, u rodičů-samoživitelů se dvěma dětmi 89,1 % a u sezdaných párů se dvěma dětmi 85,9 %[24] prahu chudoby.

Míra chudoby dětí je nižší, než průměr EU-25, ale stále relativně vysoká (18 %). Míra nezaměstnanosti mladých lidí je vysoká (19,2 % v roce 2005), ale začíná klesat. Úroveň dosaženého vzdělání mezi mladými lidmi ve věku 22 let je jedna z nejvyšších v EU-25, v roce 2005 dokončilo středoškolské vzdělání 90,3 % osob (90,8 % mužů, 89,8 % žen), i přesto, že tato čísla ukazují mírný pokles (91,8 % v roce 1999). Podíl osob, které předčasně ukončily školní docházku je velmi nízký (6,4 % v roce 2005), i přesto, že se zvyšuje (5,5 % v roce 2002) a je nižší u mužů (6,2 % mužů, 6,6 % žen). Podíl osob, které žijí v domácnostech s nezaměstnanými rodiči (8,2 % dětí ve věku 0–17 let a 7,3 % ve věku 18–59 let) je nižší, než

[24] Hodnoty čistého příjmu nejsou založeny na EU-SILC, ale na předchozím Mikrocenzu 2002.

průměr EU-25. Míra pracovní chudoby (3 % ve věkové skupině 18+) je mnohem nižší než průměr EU-25 (8 % ve věkové skupině 18+).

Český systém sociální ochrany je úspěšný v oblasti ochrany lidí před propadnutím se pod hranici chudoby. Na druhé straně ale nemotivuje dostatečně určité skupiny populace ke vstupu na pracovní trh. V roce 2004 byla past nezaměstnanosti 78 % pro rodiny s jedním rodičem-živitelem a dvěma dětmi. V nedávné době byla přijata nebo schválena nová opatření, která mají přispět k tomu, aby se vyplatilo pracovat, společně s komplexní reformou systému sociálních dávek na podporu aktivnějšího přístupu. Cílem reformy je motivování lidí ke vstupu na pracovní trh tím, že bude přinášet finanční prospěch všem, kteří se budou aktivně snažit vyřešit svou situaci, a penalizovat ty, kteří budou odmítat spolupracovat s úřady práce a sociálními úřady. Jako doplněk ke stávajícímu životnímu minimu, které je kritériem pro nárok na sociální dávky, bude zaveden nový koncept, výše existenčního minima, aby ze zaručila základní životní úroveň obyvatel. Současně proběhne reforma sociálních služeb.

3.2 Hlavní úkoly a priority

Česká republika se rozhodla omezit svůj předchozí mnohorozměrný přístup k sociálnímu začleňování na cílený přístup zaměřený na nejvíce znevýhodněné skupiny a rodiny. Cíle jsou v souladu s hlavními charakteristikami situace v zemi, zejména s faktem, že míra chudoby je velmi nízká a soustředěná v určitých skupinách obyvatel. Cílem snahy zapojit do této strategie regionální i místní úrovně bude překonat dosavadní spíše administrativní a formální přístup k provádění a mainstreamingu sociálního začleňování a bude také usilovat o překonání regionálních rozdílů. V porovnání s posledním Národním akčním plánem sociálního začleňování, který považoval zaměstnanost za nejdůležitější cestu ven z chudoby, se současná strategie soustředí více na rozvoj sociálních služeb a zaměstnanost bere v úvahu pouze ve spojení s NPR 2005. Synergie mezi sociálními politikami a zaměstnaností jsou tak méně patrné. To je zvláště politováníhodné vzhledem k vysoké míře nezaměstnanosti mezi mladými lidmi, která je vystavuje riziku chudoby. Je nutný soudržný přístup, který je v souladu s Evropským paktem mládeže.

Společná zpráva z roku 2006 vytyčila pro Českou republiku dva úkoly týkající se sociálního začleňování: podporovat provádění politik sociálního začleňování na regionální a místní úrovni a zlepšovat situaci zranitelných skupin (například Romů) a znevýhodněných regionů. Co se týče nejzranitelnějších skupin, pokrok je zvláště viditelný u Romů. Byla pozměněna koncepce romské integrace a Česká republika se připojila k Desetiletí začlenění Romů 2005–2015. Zvýšil se počet přípravných tříd a asistentů učitelů, aby se odstranily nevýhody v přístupu ke vzdělání. Provádí a posiluje se úspěšný program podporovaného zaměstnávání ve vyloučených romských komunitách a byla vytvořena „analýza sociálně vyloučených romských komunit". Pokrok byl také dosažen u bezdomovců. Zpráva uvedla jako příklad osvědčeného postupu projekt financovaný Evropským sociálním fondem (ESF), který má za cíl zajistit systematické poskytování vysoce kvalitních sociálních služeb bezdomovcům. Více možností přístupu k bydlení a individuální pomoci by mohlo být úspěšným krokem k podpoře sociálního začleňování. V zájmu zlepšení situace nejvíce znevýhodněných regionů, kde je nezaměstnanost vyšší než 14 %, byl v červnu 2004 zaveden program dalších investičních pobídek, který mimo jiné financuje vzdělávání.

3.3 Politická opatření

První priorita, kterou je posílit začleňování sociálně vyloučených lidí nebo těch, u kterých hrozí riziko sociálního vyloučení, a odstranit pro ně bariéry bránící vstupu a udržení se na

pracovním trhu, vychází zejména z předchozího Národního akčního plánu sociálního začleňování a ze zjištění zprávy o plnění. Usilovat o ni musí zejména sociální služby v souladu s novým zákonem o sociálních službách, který vstoupí v platnost v lednu 2007. Zákon má za cíl usnadnit přístup k sociálním službám a zvýšit jejich kvalitu a zavede systém osobních odměn a povinné standardy kvality. První priorita zahrnuje většinu znevýhodněných skupin, ke kterým se řadí dlouhodobě nezaměstnaní, lidé s postižením, starší lidé, vyloučené romské komunity, bezdomovci, přistěhovalci, oběti domácího násilí, bývalí vězni, lidé, kteří opouštějí ústavní péči, atd. Sociální začleňování je třeba také zvyšovat podporou sociální ekonomiky a terénní sociální práce. K dispozici je mnoho účinných opatření: zavádění jednotného a komplexního přístupu k řešení problémů sociálně vyloučených romských komunit; vytvoření komplexního systému předškolního vzdělávání a podpora speciálních programů pro přechod na střední školu a kurzy pro lidi, kteří předčasně ukončili školní docházku. Co se týče postižených dětí, důraz je kladen na odstraňování rozdílů mezi regiony ve vzdělávání a nabídce poradenství a přeměna zvláštních škol na integrovaná centra podpory. Velká pozornost je věnována prevenci sociopatologických jevů v sociálně vyloučených komunitách i slabých rodinách, aby se zajistila ochrana dětí. Pozitivní je také zvýšená pozornost věnovaná mladým lidem, kteří opouštějí ústavní péči: před tím, než opustí ústav, musí být připraveny plány pro osobní rozvoj a budou k dispozici programy na podporu jejich nezávislého života. Na druhé straně je několik oblastí, kterým je třeba věnovat více pozornosti: potřeba zvýšení zaměstnanosti, prevence ztráty bydlení (strategie říká, že bude vytvořena koncepce a systém pro sociální bydlení, ale bylo by třeba jasnějšího vysvětlení) a situace starších lidí.

Druhá priorita, kterou je posílit soudržnost rodiny a uvědomění si její důležitosti, uvědomění si mezigenerační solidarity a práv dítěte, bude prosazována pomocí podpory existujících sociálních služeb a vytváření nových služeb ve spolupráci s nevládními organizacemi. Bude se sledovat odstraňování rozdílů mezi regiony v přístupu ke službám, jejich dostupnosti a kvalitě. Zvláštní pozornost bude věnována rodinám, kterým hrozí riziko chudoby, a podpoře mezigenerační soudržnosti. Důraz je kladen také na prevenci patologických jevů v rodinách. V roce 2006 měla být vytvořena koncepce péče o ohrožené děti a děti, které žijí mimo svou rodinu. Pozornost bude věnována právům dětí a pěstounské péči (včetně komplexních sociálních služeb pro rodiny). Druhá priorita bude zahrnovat všechny rodiny a speciálně se zaměří na ty znevýhodněné, což ukazuje zvýšenou důležitost přikládanou rodinné politice.

Třetí priorita má v úmyslu podporovat rozhodovací proces na místní a regionální úrovni a rozvoj partnerství v politice sociálního začleňování. Ve skutečnosti se však zaměřuje zejména na systém a poskytování sociálních služeb. Důraz na kvalitu je evidentní a zvláštní pozornost je věnována vzdělávání a školení sociálních pracovníků a poskytovatelů služeb. MPSV má za úkol podporovat regiony a města v přípravách střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb a motivovat je k používání metody komunitního plánování. Dále jim bude poskytnuta podpora při modernizaci a zušlechťování obytných zařízení, zvláště při rozvoji alternativních nebytových sociálních služeb a terénních sociálních služeb. Byla zmíněna dvě opatření v širším kontextu sociálního začleňování: vývoj nástrojů pro posouzení stavu a účinnosti aktivit prováděných na místní, regionální a národní úrovni a zvyšování povědomí o aktivních sociálních politikách s cílem motivovat obce k přijetí citlivějšího přístupu k prevenci sociálního vyloučení a k podpoře začlenění romských komunit.

Nejsou stanoveny žádné cíle, ale využívá se vstupních a výstupních ukazatelů týkajících se národní politiky, jako např. objem využitých finančních prostředků, počet podporovaných osob / entit / rodin, počet probíhajících programů / plánů, počet nově poskytovaných služeb, počet uživatelů, počet dětí umístěných v ústavní a pěstounské péči, počet lidí, kteří dokončili

vzdělávací program, počet obcí, které se podílejí na komunitním plánování, atd. Česká republika si vede dobře podle většiny výstupních ukazatelů, na kterých se EU dohodla, málo se jich však využívá v monitorování politik. Otázkám rovnosti žen a mužů se nevěnuje dostatečná pozornost. Co se týče rozpočtu, rozsah zdrojů přidělených prioritám je nejasný, protože zpráva neuvádí žádná čísla. Všeobecně se dá říci, že cílem je financovat provádění ze státního rozpočtu a strukturálních fondů. Role Evropského sociálního fondu při podpoře sociálního začleňování roste (je důležitým příspěvkem specifickým skupinám a znevýhodněným regionům). V příštím programovém období by měl pomoci vytvořit mechanizmus na systematické řešení problémů vyloučených komunit.

3.4 Otázky správy a řízení

Část zprávy týkající se sociálního začlenění vypracovalo MPSV ve spolupráci s Komisí pro sociální začleňování, která byla založena v roce 2003, aby vypracovala Společné memorandum o sociálním začleňování. Jejími členy jsou zástupci ministerstev, vládních, krajských / místních úřadů, sociální partneři, nevládní organizace a odborníci. Příprava začala na podzim roku 2005 během dvou regionálních konferencí, na kterých se projednávaly hlavní otázky sociálního vyloučení. Část týkající se sociálního začlenění se současně opírá o nové výzkumné zprávy. Koordinace se děje hlavně na národní úrovni, na regionální a místní není plně rozvinuta. Přesto začaly v roce 2005 práce na metodice regionálního a lokálního plánování (do srpna 2007). Vedle výboru pro sociální začlenění slouží jako informační nástroj pro strategii sociálního začleňování projekt „STOP sociálnímu vyloučení". Jeden z jeho cílů zapojit chudé lidi nebyl zatím dosažen (podílejí se však na rozhodování o sociálních službách v regionech a obcích, které zavádějí komunitní plánování). Provádění bude sledovat MPSV ve spolupráci s Komisí pro sociální začleňování. MPSV připraví každý rok v říjnu zprávu o provádění a předá jí Komisi. Zpráva bude poté zveřejněna na internetu. V plánu je také vytvoření závěrečné zprávy o provádění. Součástí všech priorit jsou ukazatele pro sledování pokroku.

4. Důchody

V roce 2004 se relativní životní úroveň starších lidí blížila životní úrovni ostatní populace (83 %), zatímco riziko chudoby mezi staršími lidmi (5 %) se odhaduje jako nižší než u populace mladší 65 let.

Česká republika čelí rychle vzrůstajícím tlakům na rozpočet, které jsou mnohem větší než ve většině členských zemí, a zpráva o udržitelnosti z roku 2006 uvedla Českou republiku jako členský stát s velkým rizikem v oblasti udržitelnosti veřejných financí. Podle výhledů pracovní skupiny pro stárnutí z roku 2005 se očekává, že výdaje na veřejné důchody vzrostou z 8,5 % HDP v roce 2004 na 14 % HDP v roce 2050 (růst o 5,6 procentních bodů). Podle výhledů pracovní Podskupiny pro indikátory sociální ochrany (ISG) se teoretické náhradové poměry pro pracovníka, který odchází do důchodu v 65 letech po 40 letech zaměstnání s průměrným platem, do roku 2050 sníží o zhruba 10 procentních bodů (hrubá i čistá výše) a dosáhnou tak 70 % čisté výše (53 % hrubé) v roce 2050.

Společná zpráva z roku 2006 uvedla, že zatímco Česká republika zajistila přiměřenou výši důchodu během posledního desetiletí, důchodový systém čelí vzrůstajícím tlakům. Zpráva zdůrazňuje potřebu pokračování reforem, zvláště v oblasti zlepšení situace v zaměstnanosti starších pracovníků. Zatímco v současné době má Česká republika nízkou míru chudoby mezi staršími lidmi, předpokládá se, že náhradové poměry budou klesat a je třeba věnovat pozornost přiměřené výši důchodů v budoucnosti. I přesto, že v nedávné době došlo ke

zlepšením, další růst míry zaměstnanosti starších pracovníků je potřebný. Je třeba posílit pobídky pracovat déle a více podporovat vytváření pracovních míst pro starší pracovníky a jejich přijímání těchto míst s cílem pomoci nastolit rovnováhu mezi finanční udržitelností systému a přiměřenou výší důchodů.

Tým expertů navrhl další opatření (změna výpočtu dávek, zvýšení hranice odchodu do důchodu na 65 let, vytvoření rezervního fondu a zvýšení státní podpory důchodů ze soukromých zdrojů, zvláště pro pravidelné platby namísto jednorázového vyrovnání), žádná dohoda o reformě však zatím nebyla dosažena. Nová vláda bude muset postoupit dopředu v oblasti reformy, aby se posílila udržitelnost důchodů a současně se zabezpečila jejich přiměřená výše.

5. Zdravotní a dlouhodobá péče

5.1. Zdravotní péče

Popis systému: Povinné všeobecné zdravotní pojištění poskytuje komplexní pokrytí zdravotní péče všech občanů s trvalým bydlištěm na území státu. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) poskytující pojištění 70 % populace má mezi pojišťovnami vedoucí roli. Financování a poskytování péče jsou jednoznačně odděleny. Poskytování péče je decentralizováno a poskytováno veřejnou i soukromou sférou. Poskytovatelé služeb jsou nezávislí a fungují na bázi smluv dohodnutých s pojišťovnami, zatímco Ministerstvo zdravotnictví reguluje cenový strop. Primární zdravotní péči organizují obce a je poskytována v městských zdravotních střediscích, poliklinikách nebo v soukromých praxích praktických lékařů, zubařů a gynekologů. Přibližně 95 % primární zdravotní péče je poskytováno v soukromém sektoru. Praktický lékař dává doporučení ke specialistům, k návštěvě poliklinik a nemocnic (ambulančních a nemocničních zařízení). 75 % specializovaných ambulančních zařízení je soukromých, zatímco nemocnice jsou veřejné. Praktičtí lékaři jsou ve veřejném sektoru placeni paušálně a v soukromém sektoru na základě poskytnutých služeb. Specialisté v nemocnicích dostávají pravidelný plat a v soukromém sektoru jsou placeni na základě poskytnutých služeb. Povinné zdravotní pojištění je financováno v prvé řadě prostřednictvím odvodu ze mzdy zaměstnanců, zaměstnavatelů a osob samostatně výdělečně činných a prostřednictvím příspěvků ze státního rozpočtu. Na některé služby se vztahují příplatky, ale jsou omezené. Dobrovolné připojištění je zanedbatelné. Ve světle nerovností v poskytování zdravotní péče a překážek bránících přístupu některým sociálně-ekonomickým skupinám je cílem vlády zvyšovat kvalitu služeb zdravotní péče, zlepšovat zdravotní stav a snižovat nerovnosti v poskytování zdravotní péče, zajistit rovnoměrnou geografickou dostupnost a poskytovat snadněji přístupné a spravedlivé služby, které jsou lépe organizované a integrované se sociálními službami, přičemž bude současně dodržovat zásady solidarity, rovnosti a dostupnosti systému a stávající pokrytí. Vláda se navíc zaměřuje na zvyšování počtu zdravotnických pracovníků a zdůrazňování propagace a prevence jako způsobů, jak dlouhodobě zlepšit zdraví.

Přístupnost: Soubor služeb dostupných v rámci veřejného systému je velmi široký a je jen málo služeb, které sem nepatří. Výše finanční spoluúčasti pacientů je považována za nízkou (8,6 % celkových výdajů na zdravotnictví v roce 2004); výjimkou je stomatologická péče. Zaplacení celé částky nejméně jednoho léku v každé základní léčebné skupině je právně zaručeno. Zpráva neuvádí regionální nerovnosti v přístupu ke službám zdravotní péče. Přesto je nerovný přístup důležitou otázkou pro některé sociálně-ekonomické skupiny (tj. bezdomovce a osoby se zdravotním postižením). Zpráva zdůrazňuje, že pro zlepšení přístupu

pacientů k různým formám péče je třeba posílit primární zdravotní péči, zlepšit koordinaci a restrukturalizovat síť zdravotnických zařízení.

Kvalita: Orgány kladou důraz na potřebu zdokonalit národní systém zabezpečení kvality odpovídající mezinárodním normám a plánují zavést státem garantovaný akreditační program pro poskytovatele. V současné době je za externí hodnocení kvality zdravotní péče v nemocnicích zodpovědná nezávislá akreditační agentura, v souladu s normami schválenými mezinárodní společností. Zpráva zdůrazňuje důležitost dobrého informačního systému (tj. informace o aktivitách a výkonu) pro zajištění kvality a finanční udržitelnosti. Vláda plánuje založit celostátní rejstřík, aby poskytla informace o projektech podporujících bezpečnost a kvalitu ve zdravotnických zařízeních. Pacienti v České republice mají právo vybrat si zdravotní pojišťovnu, lékaře a zdravotnické zařízení. Vláda plánuje založit národní agenturu pro pacienty.

Dlouhodobá udržitelnost: Podíl celkových výdajů na zdravotní péči na HDP (7,2 % HDP a 1 333 na obyvatele v PKS v roce 2004) je pod průměrem EU-25[25], ale znatelně vyšší než v ostatních nových členských státech. Během posledního desetiletí zůstaly v poměru k HDP stejné. Roční tempo růstu výdajů na hlavu je jedno z nejvyšších v EU (9,1 % v letech 2002/2003). Veřejné výdaje jako podíl na celkových výdajích za zdravotní péči (90,7 % v roce 2004) jsou nejvyšší v EU. Stárnutí (podle předpokladů Výboru pro hospodářskou politiku/EU z roku 2006, veřejné výdaje na zdravotní péči vzrostou o 2 procentní body HDP do roku 2050 díky stárnutí populace) a technologický vývoj jsou ve zprávě vyzdvihnuty jako dvě hlavní dlouhodobé výzvy. Zvláště vysoké (27,5 % celkových výdajů na zdravotní péči v roce 2004) jsou výdaje na léky. Vláda usiluje o stabilizaci a následné snížení těchto nákladů pomocí nových právních předpisů a díky změnám v mechanizmech plateb za léky výrobcům a dodavatelům. Zpráva upozorňuje na nadměrné využívání specializované a nemocniční péče (počet akutních nemocničních lůžek je stále jeden z nejvyšších v EU). Pro zvýšení účinnosti plánují orgány posílení primární zdravotní péče, soustředění vysoce specializovaných poskytovatelů zdravotní péče do několika center na území státu a zkrácení průměrné doby pobytu v nemocnici (velmi dlouhá ve srovnání se západní Evropou). Je třeba si uvědomit, že je možné, že všeobecné podmínky pro zlepšení spravedlnosti financování a udržitelnost finančních zdrojů nebudou splněny. Lepší nastavení rizika tím, že přidělování finančních zdrojů bude založené nejen na věku, ale také na dalších prvcích, může snížit finanční těžkosti některých pojišťoven, zejména VZP. Zpráva uvádí některé nedostatky ve struktuře lidských zdrojů. Vláda také zdůrazňuje potřebu silnější propagace a prevence při čelení rizikovým faktorům a specifickým nemocem a při zajišťování prostředí podporující zdraví, které podporuje zdravou volbu. V minulých letech bylo zahájeno několik programů propagace a prevence (např. dlouhodobý program na zlepšení zdraví české populace – Zdraví pro všechny v 21. století) pod záštitou Světové zdravotnické organizace (WHO).

5.2 Dlouhodobá péče:

Popis systému: Zařízení pro dlouhodobou zdravotní péči jsou různého druhu a jsou různými způsoby financovány, patří mezi ně primární služby, služby poskytované v domácnostech klientů a centra denních služeb (služby zdravotních sester, hygienické služby, nakupování, dovoz jídla, praní, trávení volného času a rehabilitace), pomoc v domácnosti, ubytovací služby (domovy důchodců a týdenní stacionáře pro důchodce) a domy s pečovatelskou službou. Orgány na regionální úrovni a obce jsou zodpovědné za organizaci poskytování dlouhodobé sociální péče financované ze státního rozpočtu (ze zdravotního pojištění je

[25] 8,87 % a 2376,33 v PKS na obyvatele v roce 2004.

hrazena pouze dlouhodobá lékařská péče). Klienti a jejich rodiny také finančně přispívají na ústavní péči. Některé služby (konkrétně ambulantní) jsou poskytovány prostřednictvím nevládních organizací, většinou financované z veřejných grantů. Z důvodu stárnutí a společenských změn je součástí vládní strategie zvyšování poskytování služeb poskytovaných v domácnostech a přechod z ústavní péče na primární a péči poskytovanou v domácnostech. Nedávno deklarovanou hlavní zásadou je financování sociálních služeb z více zdrojů. Další prioritou pro orgány je sledování vlivu nového zákona na sociální služby.

Přístupnost: Zpráva zdůrazňuje, že současná nabídka je nedostatečná, čekací doby na umístění ve veřejných zařízeních dlouhodobé péče (tj. domovech důchodců) se pohybuje od několika měsíců do několika let a rozdíly mezi regiony (přístupnost, čekací doby, finanční náklady) jsou velké. Navíc díky povinnosti spolufinancovat existuje finanční přístupová bariéra. Strategie boje proti těmto problémům se liší podle regionů a závisí na akcích místních zastupitelstev. Některé obce zavádějí nové cesty a nahrazují ústavní péči péčí poskytovanou doma, zatímco jiné rozšiřují péči poskytovanou zdravotnickým personálem nebo modernizují zařízení. Avšak sektory zdravotní a sociální péče nejsou plně integrovány. Zpráva zdůrazňuje, že kapacita nemocnic se v poslední době zvýšila, ale je stále nedostačující. Vláda hodlá podpořit spolupráci mezi zúčastněnými osobami při řešení sociálního vyloučení a vytváření sítě ambulantních center pro staré lidi a komunitních gerontologických center. Poskytnutí příslušné dlouhodobé péče je klíčovou prioritou pro nadcházející desetiletí.

Kvalita: Nový zákon o sociálních službách stanoví podmínky pro registraci poskytovatelů sociálních služeb a očekává se, že zlepší současný roztříštěný rámec. Standardy kvality pro sociální služby stanoví základní úrovně pro profesní vzdělání zaměstnanců a procedurální a provozní hlediska týkající se poskytování sociálních služeb. Ve zprávě je zdůrazněna důležitost zlepšování koordinace mezi zdravotní a sociální péčí.

Dlouhodobá udržitelnost: Vláda plánuje větší koordinaci mezi sektorem zdravotnictví a sektorem dlouhodobé péče pomocí zavedení modelu společného financování (z více zdrojů) pro „institut sociálně zdravotního lůžka". V rámci tohoto nového systému budou zařízení schopná integrovat jednotky s péčí zdravotních sester s lékařskými zařízeními nebo transformovat akutní nemocniční lůžka na lůžka pro následnou péči. Vláda považuje rozvoj dlouhodobé péče a přístupu k ní za svou hlavní prioritu v oblasti stárnutí a sociálně-ekonomické politiky. Podle výhledů Výboru pro hospodářskou politiku pro rok 2006 se do roku 2050 díky stárnutí populace výdaje zvýší o 5,6 % HDP.

6. Budoucí úkoly:

- podporovat provádění politik sociálního začlenění na regionální i místní úrovni;
- zlepšovat situaci zranitelných skupin (například Romů) a podporovat znevýhodněné regiony;
- zaměřit se na důchodovou reformu a podporovat vytváření pracovních míst pro starší pracovníky a jejich přijímání těchto míst s cílem pomoci nastolit rovnováhu mezi finanční udržitelností systému a přiměřenou výší důchodů;
- zlepšit účinnost a snížit plýtvání rozumnějším využíváním zdrojů (zvláště větším zaměřením se na primární zdravotní péči a současným snižováním vysoké závislosti na specialistech a nemocniční péči) a přizpůsobením počtu personálu;

- lepší nastavení rizika ve fondech, aby bylo financování spravedlivější a financování fondů udržitelnější;
- zvýšit koordinaci mezi zdravotní a sociální péčí a mezi různými zúčastněnými stranami a zlepšit přístup ke službám dlouhodobé péče.

Czech Republic: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	3,6	64,7
2002	1,9	67,7
2004	4,2	72,1
2006	6.0f	76.1f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	65,0	73,2	56,9	36,4	36,3
2002	65,4	73,9	57,0	32,2	40,8
2004	64,2	72,3	56,0	27,8	42,7
2005	64,8	73,3	56,3	27,5	44,5

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	8,7	7,3	10,3	17,8
2002	7,3	5,9	9,0	16,9
2004	8,3	7,1	9,9	21,0
2005	7,9	6,5	9,8	19,2

** Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; ** GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast*

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth*		Infant mortality rate
	male	female	male	female	male	female	
1995	69.7	76.6	12.7	16,0	na	na	7.7
2000	71.6	78.4	13.7	17.1	na	na	4.1
2004	72.6sp	79.2sp	14.3sp	17.7sp	62.8p	63.3p	3,7

WHO	Total Health exp %GDP	Public Health Exp % of THE**	Out-of-pocket payments % of THE	Public System coverage % of pop	Pop Covered by PHI*** % of pop
1995	6.9	92.7		100	negligible
2000	6.6	91.4	8.6		
2004	7,2	90,7	8,6		

**data for 2002*

***THE: Total Health Expenditures*

****PHI: Private Health Insurance*

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	17,4	39,7	37,2	2.3	11,9	1.3	7,6
2000	19,5	43,3	33,7	3,5	8,4	3,3	7,8
2004	19,6	41,1	35,3	3,9	8,4	3,4	7,9

** including administrative costs*

Age related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old age dependency ratio	expenditure (% of GDP) level in 2004 and changes since2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health Care	Long Term care
2005	19.8	19.3	8.5	6.4	0.3
2010	21.9	-0,5			
2030	37.1	1.7	1.1	1.4	0.2
2050	54.8	7.1	5.6	2	0.4

Czech Republic: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk of poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	10b	18b	9b	9b	5b	18b	18b	18b	19b	8b	**Total**	3.7b
male	10b	*	8b	9b	2b	19b	*	19b	19b	25b	**male**	*
femal	11b	*	10b	10b	7b	18b	*	17b	19b	6b	**female**	*

	People living in jobless households					Long Term Unemployment rate				Early school leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	male	female		Total	male	female		Total	male	female
1999	7.2	7.2	5.6	8.8	**1999**	3.2	2.4	4.2	**1999**	na	na	na
2004	9,0	8,0	6.4	9.6	**2004**	4.2	3.4	5.3	**2004**	6,1	5,8	6,5
2006	8,2	7,3	5.8	8,8	**2005**	4.2	3.4	5.3	**2005**	6.4	6,2	6,6

** excluding students; b: break in series*

SILC income 2004	Total	male	female	SILC income 2004	Total	male	female
Relative income of 65+	0,828b	0,854b	0,808b	***Aggregate replacement ratio***	0,506b	0,485b	0,576b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*						
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates			
									Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions		
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Estimate of current (2002)		Assumption
-9	-7	-7	DB	…	…	100		…	28		…	…

**:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

DANMARK

1. Nuværende situation og hovedtendenser

Dansk økonomi har de seneste år været karakteriseret ved stærk aktivitet med en BNP-vækst, der forventes at nå op på 3,0 % i 2006. Danmark har fortsat en beskæftigelsesfrekvens, som ligger et godt stykke over EU-målene (75,9 % i 2005), især for kvinder (71,9 %) og ældre arbejdstagere (59,53 %). Arbejdsløsheden er faldet markant og forventes at nå et historisk lavpunkt på 3,9 % i 2006. Langtidsarbejdsløsheden (1,1 %) og ungdomsarbejdsløsheden er faldende og er blandt de laveste i EU. Danmark fremviser gode resultater, når det gælder risikoen for økonomisk fattigdom (12 % i 2004 - 10 %, hvis lejeværdi medregnes). Indvandrere, studerende og arbejdsløse er overrepræsenterede i lavindkomstgruppen. De sociale sikringsordninger bygger på princippet om universalitet, hvor alle borgere sikres en grundlæggende beskyttelse mod sociale risici såsom arbejdsløshed, sygdom eller afhængighed af pleje. Arbejdsmarkedets parter, de lokale myndigheder og andre aktører inddrages i meget høj grad. Udgifterne til social sikring i Danmark er blandt de højeste i EU (30,7 % af BNP i 2004). Andelen af personer over 65 år i procent af 15-64 årige vil stige fra de nuværende 22,6 % (2005) til 37,1 % i 2030 og 40 % i 2050 (markant lavere end EU-25-gennemsnittet på 52 % i 2050). Mænds levetid er gennemsnitlig (75,4 år i 2004), men kvinders levetid ligger under gennemsnittet (80,1 år). Børnedødeligheden (4,4 i 2004) er meget nær EU-gennemsnittet. Spædbørnsdødeligheden ligger også tæt på EU-gennemsnittet (4,4 i 2001) og er faldet uafbrudt siden 1960 (26,2).

2. Overordnet strategisk tilgang

Den overordnede strategi for social beskyttelse og inklusion går ud på at udvikle et integreret arbejdsmarked ved at øge de socialt udsatte gruppers deltagelse i arbejdsmarkedet. De vigtigste udfordringer er 1) at øge de socialt udsatte gruppers beskæftigelsesfrekvens, 2) at sikre, at alle borgere har lige adgang til et effektivt sundhedsvæsen af høj kvalitet, og 3) at skabe forudsætning på budgettet for at fastholde det nuværende universelle pensionssystem. Danmark har taget alle tre overordnede mål op i den åbne koordinationsmetode.

Med hensyn til social samhørighed har Danmark for nylig taget skridt til at fastholde de sociale sikringsordninger på lang sigt med den netop vedtagne velfærdsaftale, der forventes at tackle en stor del af de langsigtede velfærdsudfordringer som følge af en aldrende befolkning. I strategien for social integration er det langsigtede perspektiv rettet mod at bryde den negative sociale arv. På kort sigt fokuseres der i strategien for social integration på udsatte, dårligt stillede og allerede socialt udstødte grupper. Svagheden i strategien for social integration er, at der hidtil har manglet en analyse af baggrunden for de forskellige initiativer og især af visse målgruppers sociale situation. Sammenholdt med de relativt få mål og indikatorer til overvågning af aktiviteterne er der en risiko for begrænsninger i evalueringsmulighederne, en opsplittet styring og en sløring af ansvarsområder. Regeringen har for nylig taget skridt til at udvikle analyser, evalueringer og indikatorer indenfor strategien for social integration, nærmere bestemt inden for rammerne handlingsprogrammet *Det fælles ansvar II.*

Der er et effektivt og indbyrdes samspil mellem strategien for social integration og Lissabon-strategien. Både den nationale handlingsplan for social beskyttelse og inklusion og det nationale reformprogram udarbejdes i tæt samarbejde med alle de involverede ministerier.

Politikkerne for social integration fremlægges som en integreret del af den danske Lissabon-strategi, og foranstaltningerne ses som vigtige elementer i indsatsen for at nå denne strategis mål.

Eksempler herpå er udsatte gruppers evne til beskæftigelse og større fleksibilitet blandt ansatte.

Med hensyn til forvaltningsskik har der været en omfattende inddragelse af vigtige aktører i forberedelsen af strategien for social integration, herunder arbejdsmarkedets parter, civilsamfundet, evaluatorer, regionale myndigheder og relevante ministerier. Danmark har en meget lang tradition for samarbejde mellem ngo'er og den offentlige sektor på det social- og arbejdsmarkedspolitiske område.

3. Social integration

3.1 Hovedtendenser

Indkomstforskellene i Danmark er blandt de laveste i EU på trods af, at der er kommet en større spredning i slutningen af 1990'erne. Andelen af personer, som lever i husstande uden beskæftigelse, faldt dog fra 8,5 % i 2004 til anslået 7,7 % i 2006 for voksne og fra 6,0 % til 5,7 % for børn.

I henhold til data fra Esspros (det europæiske system af integrerede statistikker for social beskyttelse) bruger Danmark 30,7 % af BNP på social sikring sammenlignet med et gennemsnit på 28 % i EU-15 (2004-tal). Målt som udgift pr. indbygger i købekraftstandarder (KKS) er de danske udgifter til social sikring med 8 115 KKS blandt de højeste i EU. Ifølge data fra 2003 EU-SILC (statistikker over indkomstforhold og levevilkår) havde 12 % af den danske befolkning en indkomst på under 60 % af medianindkomsten (10 %, hvis lejeværdi medregnes). Denne andel er en af de laveste i EU og afspejler i vid udstrækning en relativt lige indkomstfordeling.

Indvandrere, studerende og arbejdsløse er overrepræsenterede i lavindkomstgruppen. Beskæftigelsesfrekvensen hos etniske minoriteter er fortsat markant lavere end gennemsnittet for befolkningen.

3.2 De vigtigste udfordringer og prioriterede områder

Den overordnede strategi i Danmark for politikker vedrørende social integration bygger på en antagelse om, at et stærkt og konkurrencedygtigt samfund forudsætter social samhørighed uden alt for store sociale og økonomiske forskelle. Det vigtigste prioriterede område for Danmark for at skabe et integreret samfund er derfor at sikre gennem intensiv inddragelse af og dialog med arbejdsmarkedets parter og de vigtigste aktører, at også udsatte og marginale grupper har tilstrækkelig adgang til arbejdsmarkedet. Denne strategi kan ses som en overbygning til de tre delmål for social integration.

I den fælles rapport fra 2006 blev der peget på to udfordringer for Danmark. Danmark har gjort store fremskridt med hensyn til at "fastholde det nuværende høje niveau for social sikring og samtidig dække det stigende behov for sundheds- og velfærdsydelser som følge af en aldrende befolkning". Den vidtrækkende velfærdsaftale, som blev indgået i juni 2006, forventes at tackle en stor del af de langsigtede velfærdsudfordringer som følge af en aldrende

befolkning. Med hensyn til den anden udfordring, "at udvikle arbejdsmarkedsredskaber med henblik på at forbedre indvandreres integration på arbejdsmarkedet", så er gruppers deltagelse på arbejdsmarkedet kun øget lidt inden for det seneste år. Mere afgørende virkninger af de nye tiltag i velfærdsaftalen afventes fortsat.

En afgørende udfordring i strategien for social integration er, at udvikle analyser af effekterne af politikinitiativer for udsatte grupper. Visse indvandreres sociale situation, der især er berørt af nedsættelsen af de sociale ydelser inden for de seneste år, er regelmæssigt blevet særlig fremhævet af vigtige aktører såsom det regeringsuafhængige "Rådet for Socialt Udsatte". Regeringen har nu inden for handlingsprogrammet *Det fælles ansvar II* taget de første skridt for at tage dette problem op.

Den Europæiske Socialfond (ESF) yder bidrag til Danmarks politikker for social integration gennem mål 3-programmet, men støtten er minimal sammenlignet med de samlede udgifter til social integration i Danmark.

3.3 Politikforanstaltninger

For at kunne gennemføre sine vigtigste prioriterede tiltag for udsatte grupper har regeringen i august 2006 lanceret en ny fase i handlingsprogrammet *Det fælles ansvar II* med et anslået budget på 83 mio. EUR. Hovedvægten i denne fase lægges på 1) at styrke den opsøgende og støttende indsats, 2) at skabe flere indgange til arbejdsmarkedet og 3) at forbedre den kommunale sagsbehandling.

I 2006 lancerede regeringen en ny strategi for at bryde den negative sociale arv. En ny reform skal styrke en tidlig og forebyggende indsats over for socialt udsatte børn og unge og deres familier og samtidig forbedre den kommunale sagsbehandling. Reformen skaber også større opmærksomhed om anbragte børns og unges skolegang og medvirker derved til at bryde den negative sociale arv. Et andet afgørende element er dagtilbud, hvortil der allerede er afsat 268 mio. EUR over en fireårig periode, hovedsageligt til støtte til børn. Den for nylig indgåede velfærdsaftale har ambitiøse mål om at øge antallet af unge med gymnasial uddannelse til 95 % i 2015. Der gøres en særlig indsats for at tage de udfordringer op, som indvandrere står over for, herunder pilotprojekter med "heldagsskoler" for at yde supplerende støtte.

Den nye velfærdsaftale omfatter konkrete foranstaltninger til styrkelse af den erhvervsrettede voksen- og efteruddannelse i Danmark. Dette er resultatet af arbejdet i trepartsudvalget om livslang opkvalificering og uddannelse for alle på arbejdsmarkedet, som konkluderede, at der, selv om uddannelsesaktiviteten internationalt set allerede er høj, er alt for mange voksne, der stadig problemer med at læse, skrive eller regne. Denne gruppe deltager også relativt lidt i erhvervsuddannelse. Nogle af de vigtigste foranstaltninger vil bestå i at øge antallet af deltagere i forberedende voksenuddannelse til et årligt antal på 40 000. Der vil blive oprettet 2 000 ekstra lærepladser for voksne, ligesom der lægges stærk vægt på at styrke motivationen for livslang læring.

Der er taget skridt til en række aktiviteter for at øge beskæftigelsen blandt udsatte grupper. Der er blevet afsat ca. 67 mio. EUR til aktivering af langtidsarbejdsløse med en målsætning om en fordobling af beskæftigelsestallene inden to år. I den nationale rapport omtales der adskillige aktiviteter for personer, der befinder sig på kanten af arbejdsmarkedet: *pulje til social aktivering* (ca. 7,2 mio. EUR), *en særlig mentorordning* (ca. 5,3 mio. EUR) og *en vikarordning* (ca. 2,7 mio. EUR). Endelig er der afsat 3,3 mio. EUR årligt i tidsrummet 2005-

2008 til et pilotprojekt om gældseftergivelse for socialt udsatte grupper. Der er lanceret en handlingsplan 2005-2009 for handicappede med et budget på 11 mio. EUR, der skal øge antallet af beskæftigede med nedsat funktionsevne med 2 000 om året og andelen af virksomheder, der har medarbejdere med handicap, med 1 %. Endelig er der afsat ca. 43 mio. EUR for at hjælpe personer med sindslidelser ind på arbejdsmarkedet.

På boligområdet vil foranstaltningerne til modvirkning af ghettoisering blive videreført for at standse tilgangen af udsatte grupper til de mest udsatte områder og fastholde ressourcestærke borgere. Nye bestemmelser giver kommunerne mulighed for at afvise boligsøgende kontanthjælpsmodtagere i 25 udsatte boligområder, men kræver samtidig, at de skal tilbyde en erstatningsbolig inden for seks måneder. Foranstaltningerne til modvirkning af ghettoisering giver også mulighed for at etablere erhverv i almene boligområder. I 2006-2008 er der afsat 5 mio. EUR mere til opførelse af beskyttede boliger til hjemløse og socialt udsatte. Endelig er der årligt afsat ca. 32 mio. EUR til bygningsfornyelse og 7 mio. EUR til byfornyelse.

Med hensyn til integration omfatter den for nyligt indgåede velfærdsaftale en række nye foranstaltninger for indvandrere. Ud over en stramning af bestemmelserne for rettigheder og forpligtelser ved aktivering omfatter de nye foranstaltninger også uafprøvede initiativer, bl.a. oprettelse af partnerskaber med store virksomheder og indførelse af en løntilskudsordning. Der er afsat ca. 40 mio. EUR i en fireårig periode til en særlig rådgivningsordning, som skal hjælpe indvandrere med at søge og finde job. Endelig er der indgået en ny firepartsaftale med henblik på at indføre særlige adgangspakker og lønordninger.

Der er fortsat stor opmærksomhed omkring kvindehandel og indsatsen for at dække det voksende behov for at informere udenlandske kvinder om deres rettigheder i Danmark. Det skønnes, at der er ca. 4 000-5 000 prostituerede i Danmark, hvoraf næsten halvdelen er udlændinge. Mange af kvinderne menes at være ofre for menneskehandel. Der er planlagt et øget samarbejde med landene omkring Østersøen for at forebygge rekruttering til menneskehandel. En handlingsplan skal forbedre det opsøgende arbejde, og der er også etableret et værested/beskyttet hus for at hjælpe kvinderne med at forbedre deres situation. Endelig er der startet en informationskampagne til 135 000 EUR for at udbrede kendskabet til menneskehandel og for at få anmeldelser om sager via en særlig "hotline".

3.4 God forvaltningsskik

Der har været en omfattende inddragelse af aktører i forbindelse med udarbejdelsen af den nationale handlingsplan. Der blev afholdt en national konference i april 2006 med deltagelse af en bred vifte af vigtige aktører, herunder arbejdsmarkedets parter, civilsamfundet, evaluatorer, regionale myndigheder og relevante ministerier. På grundlag af bidrag fra forskellige ministerier blev et første udkast til den nationale handlingsplan sendt i høring blandt alle deltagere på den første nationale konference. Strategierne for social beskyttelse og inklusion fremlægges som en integreret del af den danske Lissabon-strategi, og foranstaltningerne anses for vigtige elementer i indsatsen for at nå målene i denne strategi. Danmark har en lang tradition for samarbejde mellem ngo'er og den offentlige sektor i spørgsmål vedrørende det sociale område. Det er en meget stor styrke i den danske politik for social integration og bidrager stærkt til Danmarks velfungerende og integrerede samfund.

Den danske regering har for nylig taget skridt til at forbedre overvågning og evaluering af de danske politikker for social integration. .

4. Pensioner

Indkomsten hos 65-årige og derover udgør 70 % i forhold til aldersgruppen 0-64, hvilket er mindre end i de fleste andre medlemsstater, mens risikoen for fattigdom fortsat er meget lav for den ældre befolkning (18 %), men højere end for aldersgruppen 0-64[26].

I rapporten om bæredygtighed 2006 vurderedes Danmark som en medlemsstat med lav risiko, hvad angår de offentlige finansers bæredygtighed. Ifølge langtidsprognoser fra Arbejdsgruppen for Aldring vil det offentliges udgifter til pensioner vokse fra 9,5 % til 12,8 % af BNP i tidsrummet 2004-2050[27]. En større stigning forventes også i udgifterne til arbejdsmarkedspensioner, som disse ordninger udbygges og kommer til at bidrage markant til fremtidige pensioner. Ifølge fremskrivninger fra ISG (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik) forventes den samlede teoretiske bruttokompensationsgrad for arbejdstagere, der går på pension, når de er 65 efter 40 års arbejde med en gennemsnitlig løn, at stige fra 49 % i 2005 til 64 % i 2050 (fra 71 % til 76 % netto) på trods af et fald i kompensationsgraden for den første søjle (inklusive ATP) fra 45 % til 39 %, hvilket afspejler den forventede stigning i arbejdsmarkedspensioner fra 4 % til 25 % (den aktuelle dækning i disse ordninger er meget nær 80 %) med udgangspunkt i en bidragsprocent på 12,7 %).

I fællesrapporten for 2006 blev det understreget, at den danske strategi til sikring af de offentlige pensioners tilstrækkelighed og bæredygtighed virker afbalanceret. Det understreges i rapporten, at en udbygning af arbejdsmarkedspensioner vil bidrage til at sikre pensionernes tilstrækkelighed i fremtiden, og at de skal revideres med jævne mellemrum. Det blev også bemærket, at det trods gode beskæftigelsestal er nødvendigt med yderligere foranstaltninger for at fremme ældres beskæftigelsesfrekvens, især med hensyn til efterlønsordninger.

Man har allerede i nogle år fastholdt en budgetpolitik, der fører til en hurtig afvikling af gælden, og dette bør reducere den offentlige gæld markant inden 2010. Med udviklingen af arbejdsmarkedspensioner forventes kompensationsgraden at stige markant og at mindske den aktuelle relative indkomstforskel mellem personer på 65 år og derover og personer under 65 år. Den første søjle vil ikke desto mindre fortsat spille en afgørende rolle for pensionerne.

Efter velfærdsaftalen fra juni 2006 hæves pensionsalderen fra 60 til 62 for efterlønsordningerne (fra 2019 til 2022) og fra 65 til 67 for folkepensionerne (fra 2024 til 2027), og fra 2025 indekseres pensionsalderen med udgangspunkt i en forventet restlevetid for 60-årige. Selv om tidshorisonten for indførelsen af disse foranstaltninger synes at være meget lang, burde foranstaltningerne kunne yde et væsentligt bidrag til at fremtidssikre pensionernes tilstrækkelighed og bæredygtighed på lang sigt.

5. Sundhed og langvarig pleje

---

26 Den akkumulerede velstand, som er større for ældre, bør også tages i betragtning, når levestandarden sammenlignes mellem generationer, men på grund af begrænsninger i dataene er dette desværre ikke muligt i alle lande. De foreliggende indtægtsoplysninger indbefatter ikke negativ kapitalindtægt og lejeværdi af egen bolig eller naturalieydelser eller tjenester (såsom hjemmehjælp eller sundhedspleje) og sandsynligvis heller ikke specifikke kontantydelser (såsom varmehjælp), hvilket giver et ufuldstændigt billede af indtægtssituationen, især for ældre. Når der tages hensyn til denne mere omfattende definition af indtægter, er risikoen for fattigdom for ældre i Danmark lidt mindre end i resten af befolkningen i 2004 (9 % for 65-årige og derover sammenlignet med 11 % for aldersgruppen 0-64).

27 Eksklusive virkningerne af Velfærdsaftalen fra juni 2006

1.1 5.1 Sundhed

Beskrivelse af systemet: Danmark har et skattefinansieret, decentralt sundhedsvæsen med universel dækning for alle danskere. Brug af primærsektoren og sygehusene er vederlagsfri. Sundhedsvæsenet har hidtil først og fremmest været finansieret og administreret af amterne. Men med kommunalreformen af 1. januar 2007 indføres fire nye større regioner, som erstatter amterne, og som først og fremmest får ansvaret for sygehusvæsenet og den behandlende psykiatri. De nye regioner kan ikke længere opkræve skat, men finansieres med tilskud fra staten (ca. 80 %) og de kommunale budgetter. De 98 nye kommuner får mere ansvar og en styrket rolle på sundhedsområdet, særlig med hensyn til forebyggelse og genoptræning, mens den specialiserede ambulante genoptræning fortsat vil blive udført på sygehuset. Målet med reformen er at sikre en sammenhængende patientbehandling på tværs af administrative grænser, især for dårligt stillede, og lettere adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje. Det giver kommunerne mulighed for at udarbejde nye organisatoriske løsninger til forbedring af kvalitet, tværfaglige aktiviteter og ansættelselsespolitik.

Adgang: Alle borgere i Danmark har ret til fri og lige adgang til sygdomsbehandling og genoptræning samt forebyggelse og sundhedsfremme. Borgerne kan selv vælge, på hvilket offentligt sygehus de vil behandles i landet, og i juli 2002 garanterede regeringen alle borgere ret til at vælge at blive behandlet på det offentliges regning på et privat eller udenlandsk hospital, hvis ventetiden på de offentlige sygehuse var over to måneder. Fra 2007 er denne grænse en måned. I 2005 gjorde 1,7 % (26 709) af alle patienter, der modtog ikke-akut behandling, brug denne mulighed. Behandling af ikke-akut karakter på et sygehus kræver en henvisning fra en læge, oftest patientens alment praktiserende læge. Brugerbetaling stod for 16 % af de samlede sundhedsudgifter i 2004 i form af egenbetaling for f.eks. fysioterapeutisk behandling, tandlægebehandling, briller og køb af medicin samt betaling af frivillige sygeforsikringsordninger. Ca. 30 % af befolkningen tegner en sådan forsikring for at dække lovbestemte patientbetalinger[28]. Fra 2002-2006 faldt den gennemsnitlige ventetid på 18 udvalgte behandlinger fra 27 uger til 21 uger svarende til 22 %. Der blev foretaget næsten 96 000 (ca. 20 %) flere operationer i 2005 end i 2001. Ventetiderne anses for at afspejle den organisatoriske kvalitet i sygehusvæsenet.

Kvalitet: Den danske kvalitetsmodel, som skal fremme og forbedre behandlingskvaliteten, udvikles over en årrække. I første omgang er målet, at samtlige offentlige sygehuse skal være akkrediteret efter modellen i løbet af 2008. Herefter skal modellen gradvist udvides til at omfatte hele sundhedsvæsenet. Kvalitetsmodellen skal basere sig på standarder med målbare indikatorer for den kliniske kvalitet (f.eks. behandlingen af lungekræft) og standarder for den organisatoriske kvalitet (f.eks. hygiejne og patientinformation). I 2005 blev der oprettet et særligt dansk kvalitetsinstitut, der skal sikre udmøntningen af den danske kvalitetsmodel. Der er gennem de senere år iværksat initiativer for særligt at øge kvaliteten i kræftbehandlingen. Regeringen har for at bidrage til en nedsættelse af den samlede ventetid for nylig bebudet yderligere foranstaltninger med henblik på vejledning af patienter. Regeringen vil skabe mere åbenhed og gennemskuelighed i behandlingen på sygehuse, f.eks. ved fra oktober 2006 at offentliggøre sammenlignelige oplysninger om kvalitet i servicen på de enkelte sygehuse på et websted.

---

[28] Snapshots of health systems, European Observatory on Health Systems and Policies (Det Europæiske Observatorium for Sundhedssystemer og -politikker), 2005.

Bæredygtighed på lang sigt: De samlede sundhedsudgifter (9,0 % af BNP og 2 838 USD målt i købekraftparitet pr. indbygger i 2004) lå lige over EU-gennemsnittet (8,9 % af BNP og 2 376 USD målt i købekraftparitet pr. indbygger i 2004). Andelen af BNP udgjorde 9 % i 1980-1983 og faldt til 8,2 % i 1995 for igen at stige til det nuværende niveau. Det offentliges andel af sundhedsudgifterne[29] faldt fra 88 % i 1980 til 83 % i 2004. De offentlige sundhedsudgifter voksede fra 6,9 % af BNP i 1998 til 7,4 % i 2004. Ifølge fremtidsprognoser fra Udvalget for Økonomisk Politik/Europa-Kommissionen vil de offentlige sundhedsudgifter stige med 0,8 procentpoint af BNP inden 2050 på grund af befolkningens aldring, mens en national prognose viser en stigning på 1,1 %. De øgede muligheder for frit sygehusvalg har givet mere åbenhed i ressourceanvendelsen. Kommunalreformen ventes at fremme en bedre koordinering af kompetencer og ansvarsområder på forskellige niveauer og dermed sikre en mere effektiv ressourceanvendelse. Kommunalreformen medfører endvidere en større prioritering af forebyggelse på lokalt plan og medvirker til større sammenhæng mellem plejeaktioner på de forskellige organisatoriske niveauer. De fem nye regioner burde give et bedre grundlag for en centralisering af flere behandlinger, så man bedre kan drage nytte af specialisering og sikre en optimal ressourceudnyttelse.

1.2 5.2 Langvarig pleje

Beskrivelse af systemet: Lovgivningen definerer de overordnede mål for rettigheder til langvarig pleje. Kommunerne er ansvarlige for tilrettelæggelsen af de forskellige former for tilbud om langvarig pleje. Udgifterne finansieres gennem kommunale skatter og bloktilskud fra staten. Det er altid kommunen, der træffer afgørelse om hjælpen, uanset om den leveres af det offentlige eller af det private. Kommunerne er forpligtet til at sørge for hjælp til personlig pleje og praktiske opgaver i hjemmet, som den enkelte ikke selv kan løse. Hjælpen gives på baggrund af en individuel vurdering af den pågældendes funktionsevne og behov og planlægges i samarbejde med modtageren på det af kommunalbestyrelsen vedtagne service niveau. Hjælpen har et aktiverende sigte og skal således gøre modtageren i stand til at medvirke til løsning af flest mulige opgaver. Næsten halvdelen af alle ældre over 80 år modtager varig hjemmehjælp. Et grundlæggende princip i denne politik er, at boligformen ikke skal være bestemmende for tilbud om pleje til den ældre, men at den ældres behov skal være afgørende. Siden 1987 er der i Danmark kun blevet opført støttede boliger til ældre, hvor boligdelen er adskilt fra serviceydelsen. Lokale myndigheder fortsætter med at omdanne alderdomshjem til disse 'nærpleje institutioner'.

Adgang: Den danske ældrepleje er baseret på et grundlæggende princip om fri og lige adgang til tilbud om hjælp til de forskellige servicetilbud for alle indbyggere i Danmark, hvis de på grund af midlertidig eller varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne ikke selv kan løse disse opgaver. Som udgangspunkt er varig personlig pleje og praktisk hjælp gratis. Der opkræves en vis egenbetaling for midlertidig hjælp, dog ikke for borgere med lavindkomst. I forbindelse med varig hjælp kan kommunalbestyrelsen opkræve betaling for de udgifter, som ikke er personaleudgifter. Der kan opkræves egenbetaling for madservice. Egenbetalingen udgør dog kun en begrænset del af de samlede udgifter til ældreservice. Beboere i almene ældreboliger betaler en månedlig husleje, der svarer til udgifterne til boligens drift, og de har mulighed for at få almindelig boligstøtte afhængig af indkomst. Beboerne i traditionelle plejehjem betaler en leje, der er tilnærmet udgifterne til plejehjemmets drift, men der kan ske fradrag på grundlag af beboerens økonomiske situation.

---

29 Den procentuelle andel af de samlede sundhedsudgifter.

Kvalitet: Lovgivningen pålægger kommunerne at udarbejde kvalitetsstandarder, der indeholder en beskrivelse af det serviceniveau, som kommunalbestyrelsen har fastsat, og at udarbejde kvalitetsstandarder for den personlige og praktiske hjælp. Siden 2001 har kommunerne skullet udarbejde kvalitetsstandarder for genoptræning, hvoraf det skal fremgå, hvilken hjælp borgerne har ret til. Indholdet, omfanget og udførelsen af hjælpen skal være præcist beskrevet, og der skal opstilles kvalitetsmål. Kommunerne skal vedtage kvalitetsstandarder én gang årligt, og der skal ske en løbende opfølgning. For nylig er der taget initiativ til at skabe mere åbenhed om kvaliteten på plejehjemmene ved at gøre det muligt at sammenligne brugerinformation inden for og på tværs af kommunegrænserne. Kommunalbestyrelsen har pligt til at tilbyde aflastning ved pleje (uden for hjemmet) eller afløsning (i hjemmet) til familie, der passer en pårørende. Igennem flere år er der igangsat initiativer for at uddanne og opkvalificere medarbejdere og ledere i ældresektoren. Det forventes, at det i stigende grad kan blive et problem at skaffe sygeplejersker, da erhvervet forbindes med et lavt lønniveau, en tung arbejdsbyrde og dårlige arbejdsforhold[30].

Bæredygtighed på lang sigt: Regeringen lægger stor vægt på at tilbyde borgerne et frit valg i strategien over for ældre. Konkurrence kan forbedre kvaliteten og effektiviteten og opmuntrer leverandørerne til bedre at leve op til modtagernes forventninger. Alle personer, der er visiteret til særlige boliger, har ret til frit at vælge en sådan bolig både inden for og på tværs af kommunegrænserne. Ældre og personer med handicap har desuden ret til at vælge mellem forskellige leverandører af hjemmehjælp. I 2005 var der ca. 160 000 modtagere af hjemmehjælp, der kunne vælge mellem leverandører af ydelsen. Af disse benyttede ca. 15 % sig af muligheden for at vælge en privat leverandør. Regeringen ønsker at skabe flere muligheder for et frit valg. Der skal således fremsættes lovforslag om etablering af rammer for mere valgfrihed for borgeren ved at give private adgang til at etablere og drive friplejeboliger i konkurrence med de kommunale plejeboligtilbud. Ifølge prognoserne fra Udvalget for Økonomisk Politik/Europa-Kommissionen 2006 vil de offentlige udgifter til langtidspleje stige med 1,1 procentpoint af BNP i 2050 på grund af den aldrende befolkning (fra 1,1 % af BNP i 2004), hvilket svarer til de nationale vækstprognoser.

6. Kommende udfordringer

- at fastholde det nuværende høje niveau for social sikring og samtidig dække det stigende behov for sundheds- og velfærdsydelser som følge af en aldrende befolkning
- at udvikle arbejdsmarkedsredskaber med henblik på at forbedre indvandreres integration på arbejdsmarkedet
- at sikre, at flere ældre arbejdstagere og personer med handicap kan forblive på arbejdsmarkedet
- at gennemføre de nødvendige skridt for yderligere at forbedre det danske sundhedsvæsens kvalitet og effektivitet, herunder foranstaltninger til en bedre tilrettelæggelse og gennemførelse af kræftbehandlinger.
- at gennemføre flere aktioner for at rekruttere folk til sundhedsvæsenet og forbedre arbejdsforholdene.

---

30 Snapshots of health systems, European Observatory on Health Systems and Policies (Det Europæiske Observatorium for Sundhedssystemer og -politikker), 2005.

DENMARK: : data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	3.5	126,0
2002	0.5	121.4
2004	2.2	120.1
2006	3.0f	122.6f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	76.3	80.8	71.6	66,0	55.7
2002	75.9	80,0	71.7	63.5	57.9
2004	75.7	79.7	71.6	62.3	60.3
2005	75.9	79.8	71.9	62.3	59.5

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	4.3	3.9	4.8	6.2
2002	4.6	4.3	5,0	7.4
2004	5.5	5.1	6,0	8.2
2005	4.8	4.4	5.3	8.6

*: Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65 (2003 instead of 2004)		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	72.7	77.8	14.1	17.5	61.6	60.7	5.1
2000	74.3	79.0	15.2	18.3	62.9	61.9	5.3
2004	75.4sp	80.1sp	15.9sp	18.9sp	63.0e	60.9e	4.4

WHO	Total health exp %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop	Pop. covered by PHI** % of pop
1995	8.2	82.5			
2000	8.4	82.4	16	100	28
2004	9	82.6	16.1	100	

s: Eurostat estimate; p: provisional; e: Estimate; *THE: Total Health Expenditures **PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function. % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old-age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	31.9	37.7	17.8	14.8	12.4	6.8	10.6
2000	28.9	38.1	20.2	10.5	13.1	6.1	12
2004	30.7	37.2	20.6	9.5	13	5.8	13.9

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since 2004: Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	22.6	26.8			
2010	24.8	0.2			
2030	37.1	4			
2050	40	4.8			

DENMARK: : data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk-of-poverty rate*** Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	12	10	12	11	18	16	18	16	22	8	**Total**	3.5
Male	12	-	12	11	17	16	-	14	22	7	**Male**	-
Female	12	-	13	11	18	16	-	16	22	9	**Female**	-

*** Without imputed rent

	People living in jobless households: Children Total	% of people aged 18-59* Total	Male	Female
1999	na	na	na	na
2004	6,0	8.5	8.3	8.8
2006	5.7p	7.7p	7.7p	7.8p

	Long-term unemployment rate (% of people aged 15-64) Total	Male	Female
1999	1.1	1.0	1.3
2004	1.2	1.1	1.3
2005	1.1	1.1	1.2

	Early school-leavers (% of people aged 18-24) Total	Male	Female
1999	11.5	14.2	9.1
2004	8.5	10.4	6.7
2005	8.5	9.4	7.5

*: *excluding students; p:provisional*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.7	0.718	0.695	***Aggregate replacement ratio***	0.353	0.325	0.388

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*					
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates		
									Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Current estimate (2002)	Assumption
5	15	-6	DB	21	DC	100	78		0.9	19:12	12.7

*:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)

DEUTSCHLAND

1. Gegenwärtige Situation und Entwicklungstrends

Mit dem Anstieg des BIP-Wachstums (im Jahr 2006 geschätzte 2,5% gegenüber 0,9% im Jahr 2005) setzte 2006 nach einer langen Phase der Stagnation eine Zunahme der Gesamtbeschäftigungsquote ein, die aber dennoch weiterhin deutlich unter der Lissabonner Zielvorgabe (65,4% für 2005) liegt. Nach Erreichen eines Höchststands von 9,5% im Jahr 2005 begann die Arbeitslosenquote zu sinken. Die Jugendarbeitslosenquote, die in den vergangenen Jahren stetig angewachsen war, stabilisierte sich 2005 bei 14,8%. In Fortsetzung eines beständigen Anstiegs seit 2001 erhöhte sich die Beschäftigungsquote der älteren Arbeitskräfte 2005 auf 45,4%, bleibt damit aber weiterhin unter der Lissabonner Zielvorgabe von 50%. Die Langzeitarbeitslosigkeit nahm kontinuierlich zu und erreichte im März 2005 5%. Die Armutsrisikoquote betrug im Jahr 2004 13%[31].

Die Sozialausgaben in Prozent des BIP lagen 2004 mit 29,5% über dem EU-Schnitt von 28%. Die Gesamtausgaben für Familien und Kinder zählen mit 10,5% des BIP zu den höchsten in Europa, was in Gegensatz steht zu einer sehr niedrigen Geburtenquote und einer Armutsrisikoquote von 14% für Kinder im Jahr 2004.

Die demografische Entwicklung wird zu einem deutlichen Anstieg der Altersabhängigkeitsquote führen: von 27,8% in 2005 auf 52%[32] bis 2050, und bei den altersbezogenen staatlichen Sozialausgaben rechnet man mit einem Anstieg von 23,7% in 2005 auf 26,4% bis 2050. Die Rentenausgaben betrugen im Jahr 2004 12,4% des BIP. Die Lebenserwartung bei Geburt (76,5 für Männer und 81,9 für Frauen im Jahr 2004) liegt für die Männer leicht über dem EU-Schnitt[33]. Sie ist im letzten Jahrzehnt um 2 Jahre angestiegen (von 73,3 bzw. 79,7 im Jahr 1995). Die Säuglingssterblichkeit, 4,1 in 2004, ist niedrig gemessen am EU-Durchschnitt von 4,5. Dasselbe gilt für die perinatale Sterblichkeit (5,8 in 2003), die seit 1960 (34,9) stetig abgenommen hat.

2. Gesamtstrategischer Ansatz

Als ein politischer Schwerpunkt wird die Stärkung der langfristigen Funktionsfähigkeit der Renten-, Unfall-, Kranken- und Pflegeversicherung genannt. Weiterhin prioritär ist die Verbesserung der Arbeitsmarktchancen von Jugendlichen, älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen sowie Migrantinnen und Migranten.

Im Bereich der sozialen Integration geht der Bericht besonders ein auf die Situation von Kindern und Familien sowie von Migrantinnen und Migranten und auf den Zugang von Frauen zum Arbeitsmarkt. Im Bereich der Alterssicherung setzt Deutschland auf die Stärkung der ersten Säule und auf die Förderung der zweiten und dritten Säule des Vorsorgesystems

---

31 Nach der Durchführung von EU-SILC im Jahr 2005 ist es nicht mehr möglich, die Werte aller einkommensbasierten Indikatoren für das Einkommensjahr 2004 (Armutsrisikoquote, S80/S20, Gesamtersatzquote usw.) den Schätzwerten in den vorausgegangenen Jahren gegenüberzustellen. Aufgrund der Zeitreihenbrüche in den Jahren 2002 und 2005 sind die festzustellenden großen jährlichen Schwankungen nicht signifikant. Während des Übergangs vom ECHP zu den neuen EU-weit einheitlichen und vergleichbaren SILC-Daten (siehe Anmerkung zur Methodik) stützten sich diese Vorausschätzungen auf das deutsche sozioökonomische Panel, das mit der auf detaillierten Einkommensdaten basierenden SILC-Methodik nicht uneingeschränkt vereinbar war.

32 Berechnet auf der Basis des Ad-hoc-Szenarios.

33 EU-Schnitt 2004: 75,8 für die Männer und 81,9 für die Frauen.

durch attraktive Anreize. Im Bereich der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege wird hauptsächlich angestrebt, in Anbetracht der demografischen Herausforderungen die Leistungsfähigkeit und Qualität des Systems zu gewährleisten.

Die Geschlechterdimension wird deutlicher herausgestellt als in den vorausgegangenen Berichten: Beabsichtigt ist vor allem, die Erwerbstätigenquote der Frauen anzuheben, ihre Berufswahlmöglichkeiten zu verbessern, das geschlechtsspezifische Lohngefälle zu vermindern sowie durch ein besseres Kinderbetreuungsangebot und die Einführung eines neuen Elterngelds die Möglichkeiten für eine selbständige Tätigkeit und die Aufstiegschancen zu verbessern.

Im Bericht wird ausgeführt, dass die Erhöhung der Arbeitsmarktbeteiligung und die zukunftssichere Gestaltung des Sozialschutzsystems unmittelbar beitragen zur Realisierung der Lissabonner Ziele, das Wirtschaftswachstum zu steigern und den sozialen Zusammenhalt zu stärken. Wirtschaftswachstum und mehr Beschäftigung sind laut Bericht wesentliche Voraussetzungen für ein angemessenes Sozialschutzniveau und für Chancengleichheit. Eine angemessene Governance in der Sozialpolitik wird gewährleistet durch eine regelmäßige und institutionalisierte Konsultation aller relevanten Akteure. Im Prozess der Erarbeitung von Sozialschutzgesetzen wird regelmäßig vom Instrument der Anhörung Gebrauch gemacht. Diese umfassende Einbeziehung der relevanten Akteure ist auch gewährleistet in der Ausarbeitung von Berichten, wie etwa des nationalen Strategieberichts und des Armuts- und Reichtumsberichts, ein wichtiges Instrument der Berichterstattung.

Der Bericht deckt zwar zahlreiche wichtige und relevante Politikfelder ab, doch bleiben die drei Aktionslinien der Strategie weitgehend unverbunden.

3. Soziale Integration

3.1 Entwicklungstrends

Die Langzeitarbeitslosigkeit betrug im Jahr 2005 5% gegenüber 3,9% in der EU-25. Den nationalen Daten zufolge ging im Zeitraum September 2005 bis September 2006 die Zahl der Langzeitarbeitslosen um 5,3% zurück auf den Stand von 1,6 Millionen. Die Langzeitarbeitslosigkeit ist eines der größten Armutsrisiken und könnte längerfristige Auswirkungen haben, wenn die betreffenden Personen das Rentenalter erreichen.

Jüngste Studien haben den engen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Eltern und dem Bildungserfolg der Kinder bestätigt. Die Chance des Besuchs eines Gymnasiums war für ein Kind aus einem Elternhaus mit hohem sozialem Status 3,1 Mal höher als für ein Kind, das aus einer niedrigeren sozialen Schicht stammt. Eine OECD-Studie von Mai 2006 zeigt, dass die Bildungserfolgschancen von Kindern mit Migrationshintergrund (d. h. der zweiten und dritten Generation) nur 50% derjenigen vergleichbarer einheimischer Kinder betragen. Im Jahr 2005 lag die Schulabbrecherquote mit 13,8% unter dem Schnitt der EU-25 (15,1%).

Die Armutsrisikoquote betrug im Jahr 2004 insgesamt 13%. Die nationalen Daten zeigen eine starke Diskrepanz zwischen Ost (17,3%) und West (12%). Bestimmte Bevölkerungsgruppen waren stärker gefährdet, z. B. alleinerziehende Eltern mit unterhaltsberechtigten Kindern (30%). Im Juli 2006 lebten 2,1 Millionen Kinder (0-17) auf Sozialhilfeniveau. Für Arbeitslose betrug die Armutsrisikoquote im Jahr 2004 42% (EU-25 40%). Für Migrantinnen und Migranten lag diese Quote im Jahr 2003 bei 24% und war damit deutlich höher als die

entsprechende Quote für die deutschen Staatsbürger. Die Erwerbstätigenarmut betrug 5%. Die Armutsrisikoquote der Altersgruppe 65+ lag im Jahr 2004 bei 15%, wobei jedoch ausgeprägte geschlechtsspezifische Unterschiede zu verzeichnen waren (18% für Frauen und 12,0% für Männer).

3.2 Größte Herausforderungen und politische Schwerpunkte

Laut Gemeinsamem Bericht 2006 bestehen die größten Herausforderungen für die soziale Integration darin, negative Auswirkungen der Arbeitsmarktreform auf die soziale und wirtschaftliche Integration von Risikogruppen zu vermeiden und eine nachhaltige Integration von Migrantinnen und Migranten zu gewährleisten.

Dem Bericht zufolge soll diesen Herausforderungen mit einem umfassenderen Ansatz begegnet werden. Für den Zeitraum 2006-2008 werden sieben politische Prioritäten gesetzt: Die Arbeitsmarktbeteiligung erhöhen, Benachteiligungen in Bildung und Berufsbildung abbauen, zur Beseitigung der Kinderarmut die Kinder- und Familienpolitik modernisieren, die Integration von Migrantinnen und Migranten verbessern, die Diskriminierung behinderter Menschen bekämpfen, die Funktion der sozialen Dienste und der Zivilgesellschaft stärken und die Governance verbessern.

Ausgehend von dieser Schwerpunktsetzung sollte die vorgeschlagene Strategie den Zugang aller zu Ressourcen, Rechten und Dienstleistungen erleichtern. Dies ist auch eines der gemeinsamen Ziele für die soziale Integration. Im Bereich Bildung und Ausbildung zum Beispiel beschreibt der Bericht zahlreiche Initiativen auf unterschiedlichen Regierungsebenen zur Verbesserung des Zugangs.

Der hohe Stellenwert, den man weiterhin der Arbeitsmarktbeteiligung einräumt, wird zur Realisierung auch des zweiten Gemeinsamen Ziels der sozialen Integration beitragen. Was die Koordination der Sozialpolitik auf allen Ebenen – das dritte Gemeinsame Ziel – angeht, so belegt der Bericht, dass gegenüber früheren nationalen Aktionsplänen gute Fortschritte erzielt worden sind. Im Bereich der sozialen Integration sind die Aufgaben der Bundesregierung, der *Länder* und der Kommunen klar voneinander abgegrenzt.

Gestützt auf den Nationalen Strategischen Rahmenplan 2006 wird der ESF seinen Schwerpunkt verlagern von der Integration benachteiligter Bevölkerungsgruppen auf dem Arbeitsmarkt zu Anpassungsfähigkeit und Humankapital. Zwar ist in den künftigen ESF-Programmen die soziale Integration nicht als eigenständiger Aktionsschwerpunkt ausgewiesen, doch wird eine Reihe relevanter Aktionen – insbesondere für junge Menschen – unterstützt, die z. B. abzielen auf Verbesserungen im Bildungs- und Ausbildungssystem und bei der Integration von Migrantinnen und Migranten in den Arbeitsmarkt.

Der grundlegende Ansatz im Bereich Integration besteht darin, Chancengleichheit für alle und ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Solidarität und Einzelverantwortung zu gewährleisten. Die Prioritätensetzung im Bericht erscheint umfänglich gerechtfertigt, doch werden nur vereinzelt konkrete Integrationsziele definiert.

3.3 Politische Maßnahmen

Zur Förderung der Erwerbsbeteiligung von geringqualifizierten Arbeitskräften, Migrantinnen und Migranten, älteren Arbeitskräften und jungen Menschen sind verschiedene Maßnahmen geplant bzw. bereits teilweise umgesetzt. So wird z. B. in 62 Regionen die Beschäftigung

älterer Arbeitskräfte durch das Programm „Perspektive 50 plus" gefördert. Ziel dabei ist, das effektive Erwerbsaustrittsalter – im Jahr 2005 61,3 – anzuheben. Dies geht konform mit der geplanten Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 bis zum Jahr 2029. Das Reformpaket Hartz-IV 2005 ist jedoch noch nicht vollständig umgesetzt. Die neuen Verwaltungsstrukturen zur Unterstützung der Langzeitarbeitslosen (ARGE) sind noch nicht voll funktionsfähig, wie einem jüngsten Bericht des Bundesrechnungshofs zu entnehmen ist. Als Reaktion auf diesen Bericht hat das Bundesarbeitsministerium in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsagentur neue Leitlinien aufgestellt, die darauf abzielen, die Funktion und den Leistungsumfang der ARGE zu verbessern. Eine Zusatzausbildung für Sachbearbeiter wird angeboten und Empfehlungen für bessere Integrationsdienste wurden ausgearbeitet. Es gilt, verstärkt darauf hinzuarbeiten, dass zum einen geringqualifizierten Arbeitskräften größere finanzielle und administrative Anreize geboten werden, eine Beschäftigung aufzunehmen, und zum anderen für diese Bevölkerungsgruppe auch entsprechende Beschäftigungsmöglichkeiten geschaffen werden. Die Regierung plant eine Initiative zur Verbesserung der Arbeitsmarktchancen Geringqualifizierter.

Die Chancengleichheit in der Bildung für alle Bevölkerungsschichten, insbesondere durch Unterstützung der Kinder aus benachteiligten Familien im Frühstadium der Bildung wird durch ein Maßnahmenpaket in Zusammenarbeit mit den *Ländern* gefördert. Das Programm „FörMig" zielt auf eine Verbesserung der Lese- und Schreibkompetenz von Kindern. Was den Übergang von der Schule zum Arbeitsmarkt angeht, so erleichtert das eingeführte Bundesprogramm EQJ Jugendlichen den Einstieg in die Lehrlingsausbildung. Dieses Instrument hat sich als erfolgreich erwiesen: Die Zahl der Ausbildungsplätze hat sich im Zeitraum 2006 bis 2007 erheblich erhöht.

Zur Verbesserung der Situation der Familien wurde ein Bündel finanzieller und sonstiger Unterstützungsmaßnahmen geschnürt. Der Schwerpunkt hier liegt nicht auf der Erhöhung der Finanztransfers, sondern auf der Unterstützung bedürftiger Familien, z. B. durch Ausweitung von Betreuungsleistungen und umfassende Beratungsdienste. Wie wirksam diese Maßnahmen sind, hängt von der Mittelausstattung der Kommunalbehörden ab, die hauptsächlich zuständig sind für die Finanzierung von Maßnahmen für Kinder und Familien.

Das Sprachkursprogramm für Neuzuwanderer wird im Berichtszeitraum fortgeführt; einen zusätzlichen Mehrwert bringt eine Neugestaltung des Systems der migrationsspezifischen Beratung. Das Beratungsangebot steht allen Zuwanderern innerhalb der ersten drei Jahre nach ihrer Ankunft in Deutschland zur Verfügung.

Die vier europäischen Antidiskriminierungsrichtlinien wurden im Jahr 2006 in deutsches Recht umgesetzt. Dies sollte die Möglichkeiten für Menschen mit Behinderungen verbessern, am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsleben teilzuhaben. Der Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget ab 2008 für alle Rehabilitanden ermöglicht es behinderten Menschen, ihren Weg zurück in die Gesellschaft ganz nach ihren eigenen persönlichen Erfordernissen zu organisieren. Dass dieser neue Ansatz erfolgreich ist, haben vor kurzer Zeit veröffentlichte Ergebnisse von Pilotprojekten belegt.

Was den letztgenannten Schwerpunkt, die Stärkung der sozialen Dienste, angeht, so ist der Bericht nur begrenzt aussagekräftig. Angekündigt werden allerdings steuerliche Vergünstigungen für nichtstaatliche Organisationen, was deren Tätigkeit zugute kommen dürfte.

3.4 Governance

Seit den ersten NAP/Eingl. im Jahr 2001 hat sich die Zusammenarbeit zwischen Bundesregierung, *Ländern* und nichtstaatlichen Organisationen stetig verbessert. Zurückzuführen ist dies zum Großteil auf die parallel verlaufende Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Ein „ständiger Beraterkreis für soziale Integration" hat sich etabliert, dem 35 wichtige Verbände angehören. Dieser Beraterkreis wurde auch zum Nationalen Strategiebericht angehört. Im Mai 2006 wurden die Stakeholder zum ersten Berichtsentwurf konsultiert. Um den Prozess der sozialen Integration genauer zu verfolgen, erstellen einige *Länder* ihren eigenen Bericht über die soziale Lage. Mit der Absicht, die Weitergabe von Best Practice innerhalb Deutschlands zu optimieren, hat die Bundesregierung das Projekt Infobörse „Teilhabe und soziale Integration" initiiert. Das Projekt dient der Einrichtung einer webbasierten Datenbank über Projekte im Bereich soziale Integration.

4. Altersversorgung

Der Lebensstandard älterer Menschen liegt nahe an dem der Allgemeinbevölkerung (92%). Dagegen ist das Armutsrisiko älterer Menschen (15% in 2004)[34] geringfügig höher als das der Bevölkerung unter 65.

Ungeachtet eines Anstiegs in jüngster Zeit lag die Erwerbstätigenquote der älteren Arbeitskräfte 2005 mit 45,4% weiterhin unter der Lissabonner Zielvorgabe von 50%. Trotz der gegenwärtig angespannten Haushaltslage wird Deutschland im Nachhaltigkeitsbericht 2006 als Mitgliedstaat mit mittlerem Risiko in Bezug auf die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen – vor allem dank der Auswirkungen der Rentenreformen – eingestuft. Den Prognosen 2005 der Arbeitsgruppe „Alterung" zufolge werden die staatlichen Ausgaben für die Renten im Zeitraum 2004 bis 2050 um 1,7 Prozentpunkte des BIP zunehmen. Laut ISG-Projektionen wird die Bruttoersatzquote der gesetzlichen Renten für eine Arbeitskraft, die mit 65 Jahren nach 40 Arbeitsjahren mit Durchschnittsverdienst in Rente geht, im Zeitraum 2005 bis 2050 von 43% auf 34% zurückgehen. Die Gesamtbruttoersatzquote wird dagegen bis 2050 von 43% auf 48% (netto von 63% auf 67%) anwachsen, da die Absenkung der gesetzlichen Renten um 9 Prozentpunkte durch einen Anstieg um bis zu 15 Prozentpunkte bei der Ersatzquote der privaten Vorsorge ausgeglichen wird (etwa 70% der Beschäftigten zahlen gegenwärtig in ein derartiges privates System ein bei einer Beitragshöhe von geschätzten 4% des Lohns).

Im Gemeinsamen Bericht 2006 wird unterstrichen, wie unerlässlich es zur Sicherung der künftigen Angemessenheit des Rentenniveaus ist, die Beschäftigungssituation der älteren Arbeitskräfte weiter zu verbessern und die Zusatzversorgung auszubauen. Im Jahr 2006 beschloss die neue Bundesregierung, das Rentenalter schrittweise von 65 auf 67 anzuheben (im Zeitraum 2012 bis 2029, und zwar zunächst um einen Monat pro Jahr und anschließend um 2 Monate pro Jahr; erster betroffener Jahrgang wird der Jahrgang 1947 sein). Versicherte mit mehr als 45 Pflichtbeitragsjahren (einschließlich anrechungsfähiger Kindererziehungszeiten) werden weiter mit 65 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen können. Deutschland schafft Frühverrentungsregelungen mit relativ kurzen Übergangszeiten ab und

---

[34] Unberücksichtigt bei diesen Einkommensdaten sind negative Kapitalerträge, unterstellte Mieten für Privatwohnungen, Sachleistungen und möglicherweise auch einige Geldleistungen. Sie geben also die Einkommenssituation insbesondere älterer Menschen nur unvollständig wieder. Beim generationsübergreifenden Vergleich des Lebensstandards sollte also der akkumulierte Wohlstand – bei älteren Menschen vergleichsweise höher – einbezogen werden, doch ist dies aufgrund datentechnischer Begrenzungen nicht für alle Länder möglich. Ab 2008 soll EU-SILC unterstellte Mieten in die Einkommensermittlung einbeziehen.

legt den Schwerpunkt auf die Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitskräfte im Rahmen des Programms „Initiative 50 plus".

Man rechnet damit, dass bei Nutzung der Möglichkeiten der Zusatzversorgung die Ersatzquote bezogen auf ein gesetztes Alter annähernd konstant gehalten werden kann und dass gleichzeitig die Anhebung der Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitskräfte den Erwerb höherer Rentenanwartschaften möglich macht. Um auch künftig ein angemessenes Rentenniveau sicherzustellen, wird die freiwillige private Altersvorsorge im Rahmen betrieblicher und privater Versorgungswerke durch Gewährung von Steuervergünstigungen oder durch direkte staatliche Zuzahlungen stark gefördert, insbesondere für die unteren Einkommensgruppen und für Personen mit Kindern. Für die letztgenannte Bevölkerungsgruppe sollen zusätzliche Anreize ab 2008 eingeführt werden; Anfang 2007 wird hierzu eine umfassende Informationskampagne eingeleitet. Die künftige Angemessenheit der Gesamtaltersversorgung wird davon abhängen, in welchem Umfang diese neuen Möglichkeiten genutzt werden und inwieweit es gelingt, mehr ältere Arbeitskräfte in Arbeit zu bringen. Die Bundesregierung wird alle vier Jahre über die Entwicklung der Angemessenheit und Nachhaltigkeit des Rentensystems sowie über die Beschäftigung älterer Arbeitskräfte Bericht erstatten.

5. Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege

5.1 Gesundheitsversorgung

Systembeschreibung: Das Gesundheitssystem ist dezentral organisiert. Hauptmerkmale sind Föderalismus und Delegation an nichtstaatliche Selbstverwaltungsorganisationen, die Hauptakteure des Krankenversicherungssystems: Krankenkassen und deren Verbände als Kostenträger und die kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen als Leistungserbringer. Die Krankenhäuser werden dagegen durch privatrechtliche Organisationen vertreten. Diese Akteure sind sowohl auf Bundesebene als auch auf regionaler Ebene (*Länder*) organisiert. Die 253 (2006) Krankenkassen ziehen Beiträge ein für die gestzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung und handeln Verträge mit den Anbietern von Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege aus. Das Gesundheitsministerium schlägt gesundheitsrechtliche Vorschriften vor, die nach Verabschiedung durch das Parlament den gesetzlichen Rahmen für das soziale Krankenversicherungssystem bilden. Es überwacht auch die nichtstaatlichen Organisationen. Seine weiteren Aufgaben, in deren Ausführung es von untergeordneten Behörden unterstützt wird, sind Zulassung und Aufsicht, wissenschaftliche Forschung und Informationsdienste. Der Leistungsumfang im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wird vom Gesetzgeber festgelegt und durch die Selbstverwaltungsinstanzen der Krankenversicherungen sowie der Leistungserbringer im Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert. Der Leistungskatalog ist weitgehend einheitlich und kassenartenübergreifend. Es gibt keine Aufsplitterung in Grund- und Wahlleistungen. Jedoch werden von den Krankenkassen individuelle Wahlmöglichkeiten für definierte Versorgungsbereiche angeboten. Seit 1996 sind nahezu alle Versicherungspflichtigen frei in der Wahl ihrer Krankenkasse, während die Krankenkassen verpflichtet sind, jeden Antragsteller aufzunehmen.

Zugang: Dem Nationalen Strategiebericht 2006 zufolge sind 74% der deutschen Bürger pflichtversichert. Weitere 15% sind bei einer gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert. Ehepartner und Kinder von gesetzlich Krankenversicherten sind unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert. Rund 10% der Bevölkerung haben eine private Krankenversicherung. Die Hälfte davon sind Beamte, bei denen nur ein Teil der Krankheitskosten innerhalb der privaten Krankenversicherung abgesichert ist. Eine kleine aber zunehmende Zahl von Bürgern sind nicht versichert und hat Probleme, sich (neu) zu

versichern. Die aktuelle Gesundheitsreform zielt deshalb darauf ab, dass alle Bürger krankenversichert sind. Handlungsbedarf sieht man in Bezug auf die geografische Verteilung der Ärzte[35], insbesondere der Allgemeinärzte. So wurde die gesetzliche Regelung über die vertraglichen Beziehungen zwischen den Ärzten und der gesetzlichen Krankenversicherung liberalisiert, um Anreize zu geben für eine ausgewogenere Ärzteverteilung, vor allem in den neuen *Ländern* und in ländlichen Gebieten.

Qualität: Für alle Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Versorgung besteht ein gesetzliches Gebot zur Qualitätssicherung, das ihnen ausdrücklich die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen überträgt. Hierzu gehört auch die Verpflichtung zur regelmäßigen zertifizierten ärztlichen Fortbildung. Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsärzte und Krankenhäuser sowie die ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur Einrichtung eines internen Qualitätsmanagements. Diese interne Qualitätssicherung ist mit einer externen Qualitäts- und Leistungssicherung gekoppelt, damit die Qualität auch im Vergleich mit anderen Einrichtungen beurteilt und mögliche Qualitätsdefizite erkannt und abgestellt werden können. Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen, der es allen Interessierten ermöglicht, sich über die Art und Anzahl der im Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die jeweils durchgeführten Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zu informieren. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat die Aufgabe erhalten, ein datenbankgestütztes Informationssystem für die Bewertung der Wirksamkeit und der Effektivität von Gesundheitstechnologien zu errichten und zu betreiben. Die integrierte Versorgung wird gefördert durch Hausarztnetze, Gesundheitszentren, die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung sowie Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten. Schrittweise wird eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt.

Nachhaltigkeit: Die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung betrugen im Jahr 2004 10,9% des BIP und 3.052 US-$ KKP pro Kopf. Sie lagen damit deutlich über dem EU-Schnitt von 8,87% bzw. 2.376; der BIP-Prozentsatz war der höchste in Europa[36]. Der BIP-Anteil betrug im Jahr 1990 8,5% und im Jahr 2000 10,6%. Der Anteil der staatlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung als Prozentsatz der Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung ging von 81% im Jahr 1992 nach der Wiedervereinigung bis zum Jahr 2004 auf 78,1% zurück. Den EPC/EC-Projektionen zufolge werden die staatlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung im Zuge der Bevölkerungsalterung bis 2050 um 1,2 Prozentpunkte des BIP ansteigen. Im Nationalen Strategiebericht 2006 wird festgestellt, dass in Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP relativ hoch ist, was nach der Einschätzung im Bericht einerseits Ausdruck einer umfassenden Gesundheitsversorgung ist, andererseits jedoch Fragen zur Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens aufwirft. Die schwache Lohn- und Gehaltsentwicklung sowie die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit mit verminderten Beitragszahlungen in die gesetzliche Krankenversicherung in den vergangenen Jahren tragen zu einer strukturellen Einnahmeschwäche in der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Im Umsetzungs- und Fortschrittsbericht 2006 zum Nationalen Reformprogramm Deutschland 2005 – 2008 wird über das Reformkonzept zur nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur weiteren Qualitäts- und Effizienzsteigerung berichtet. Dadurch dass einige der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben im Rahmen der gesetzlichen

---

35 Nationales Reformprogramm Deutschland 2005 – 2008, Umsetzungs- und Fortschrittsbericht 2006.

36 WHO-Regionalbüro für Europa, europäische Datenbank Gesundheit für alle (GFA-DB), aktualisiert im Juni 2006 (Zahlen für Deutschland 2004 gemäß OECD-Gesundheitsdaten 2006, aktualisiert am 10. Oktober: 10,6% des BIP und 3.043 US-$ KKP).

Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt finanziert werden, werden die Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Zu diesem Zweck wird aus dem Haushalt 2007 ein Zuschuss von 2,5 Mrd. € geleistet, der in den Folgejahren noch angehoben werden soll. Die in diesem Jahr einzuleitende Finanzreform wird mit der Reform der Gesundheitsversorgung gekoppelt, um zu gewährleisten, dass die bereitgestellten Mittel künftig wirkungsvoller und gezielter eingesetzt werden. Am 25. Oktober 2006 hat die Bundesregierung den Entwurf eines umfassenden Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) verabschiedet, das im Bundestag vorliegt und am 1. April 2007 in Kraft treten soll.

5.2 Langzeitpflege

Systembeschreibung: Die staatliche Pflegeversicherung, 1995 als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt, stellt sicher, dass für die Bürger das Risiko „Pflegebedürftigkeit" abgesichert ist. In der Pflegeversicherung besteht Versicherungspflicht nach dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung". Folglich ist nahezu die gesamte Bevölkerung gegen das Risiko der (nichtmedizinischen) Pflegebedürftigkeit versichert. Der sozialen Pflegeversicherung gehören dabei all diejenigen an, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Der privaten Pflegeversicherung gehören diejenigen an, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder über Sondersysteme krankenversichert sind. Die Leistungen sind gesetzlich fixiert und in beiden Systemen identisch. Sie werden in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit gewährt, und zwar pauschal, d. h. alters-, einkommens- und vermögensunabhängig. Pflegebedürftigkeitsansprüche sind getrennt von sonstigen Versicherungsansprüchen, die rein krankheitsbedingt und damit dem Bereich der Krankenversicherung zuzuordnen sind (z. B. Ansprüche auf eine Haushaltshilfe bzw. häusliche Krankenpflege im Krankheitsfall oder zur Krankenhausvermeidung). Ergänzend stehen Pflegebedürftigen und deren Familienangehörigen häufig weitere, die Pflegeversicherungsleistungen ergänzende allgemeine Hilfsangebote zur Verfügung, die hauptsächlich von der kommunalen oder der freien Wohlfahrtspflege getragen werden.

Zugang: Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung haben alle Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Damit ist nahezu die gesamte Bevölkerung in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung einbezogen. Dessen ungeachtet wird in Deutschland diskutiert, wie der künftige Zugang zu gewährleisten ist, einschließlich der Frage, welche konkreten Beiträge die Pflegeversicherung im Rahmen der gesamten Versorgungskosten leisten kann oder soll, insbesondere bei Intensivpflegebedarf.

Qualität: Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen zu rechnen. Vor diesem Hintergrund ist es zur Sicherung einer pflegerischen Versorgung auf hohem qualitativen Niveau erforderlich, dass (1) angemessen ausgebildetes Personal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht, (2) einrichtungsinterne Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung weiter vorangetrieben werden und (3) die Pflegeeinrichtungen durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit den Kostenträgern in die Lage versetzt werden, ihre Verantwortung wahrzunehmen. Gut ausgebildete Fachkräfte sind für eine angemessene Pflegequalität unverzichtbar. Die neuen berufsrechtlichen Regelungen im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz sind daher darauf ausgerichtet, die Ausbildungssituation in der Pflege zu verbessern und die Attraktivität des Berufsbildes zu erhöhen. Die Maßgabe, Module zur kultursensiblen Altenpflege und

Krankenpflege zu entwickeln und in die Ausbildung aufzunehmen, wird zur Qualitätserhöhung der Pflege von Migranten und Migrantinnen beitragen, wie auch die Ausbildung von Menschen mit Migrationshintergrund in Pflegeberufen. Diese neuen Bestimmungen sind eine Reaktion auf die Debatte über die Qualität der Pflege und die in einer Reihe von Fällen aufgeworfenen Fragen des Schutzes der Rechte der Pflegebedürftigen.

Finanzielle Nachhaltigkeit: Den EPC/EC-Projektionen 2006 zufolge werden bei einer Zunahme des Leistungsumfangs entsprechend dem BIP-Anstieg pro Arbeitskraft die Pflegeausgaben aufgrund der Bevölkerungsalterung von 1,0 % des BIP in 2004 auf 2 % des BIP bis 2050 anwachsen. In einem alternativen Szenario – bei einer der allgemeinen Inflationsrate folgenden Zunahme des Leistungsumfangs – bleiben die Ausgaben unverändert bei 1,0 % des BIP[37]. Auch für die Pflegeversicherung wird im Jahr 2007 ein Gesetzesvorschlag zur nachhaltigen und fairen Finanzierung präsentiert werden. Unter anderem ist dabei dem Erfordernis Rechnung zu tragen, das System mit kapitalgedeckten Elementen wie einer Demographiereserve zu ergänzen und einen Ausgleich für die unterschiedlichen Risikostrukturen von sozialer und privater Pflegeversicherung zu finden. Die Gestaltung des Vorschlags wird auch von der Endfassung der aktuellen Gesundheitsreform abhängen.

6. Künftige Herausforderungen

- Dafür Sorge tragen, dass die Umsetzung und Neugestaltung der Arbeitsmarktreformen 2005 den Langzeitarbeitslosen und den am weitesten vom Arbeitsmarkt entfernten Personen zugute kommt.

- Die nachhaltige und aktive soziale Integration von Migrantinnen und Migranten und von Personen mit Migrationshintergrund (der zweiten und dritten Generation) in die Gesellschaft fördern, insbesondere durch angemessenen Zugang zur allgemeinen und beruflichen Bildung und zu Maßnahmen der Integration in den Arbeitsmarkt.

- Den Kreislauf der „Vererbung" der Armut durchbrechen durch bessere Bildungschancen auf allen Ebenen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen und durch früh einsetzende Hilfeleistungen für benachteiligte Familien.

- Die Angemessenheit und Nachhaltigkeit der Renten sichern, vor allem durch die weitere Verlängerung des Arbeitslebens und der Erhöhung des Verbreitungsgrades der Zusatzversorgung.

- Eine nachhaltige Gesundheitsreform zum Abschluss bringen mit Verbesserung der Finanzierungsbasis und der Leistungsfähigkeit unter Wahrung eines hohen Qualitätsstandards. Diese Reform im Jahr 2007 umsetzen und im selben Jahr eine ähnliche Reform für die Pflegeversicherung beschließen.

- Die geographische Ärzteverteilung und insbesondere die ambulante Versorgung durch Allgemeinärzte in den neuen *Ländern* und in einigen ländlichen Gebieten verbessern, z. B.

---

[37] Dieses Szenario wurde vom EPC entworfen, um dem deutschen System der Pflegeversicherung besser gerecht zu werden, das nominell fixierte, seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 nicht veränderte Leistungen vorsieht. Eine künftige, der allgemeinen Inflationsrate folgende dynamische Gestaltung der Leistungen ist als mögliches Element einer künftigen Reform in der Diskussion.

durch erfolgreiche Umsetzung der Gesetzesänderung zur Regelung der vertraglichen Verhältnisse zwischen den Ärzten und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Germany : data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	3,2	111,7
2002	0.0	108.5
2004	1.2	111.1
2006	2.5	110.1

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	65,6	72,9	58,1	47,2	37,6
2002	65.4	71.8	58.9	45.7	38.9
2004	65.0	70.8	59.2	41.9	41.8
2005	65.4b	71.2b	59.6b	42.0b	45.4b

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	7,2	6,0	8,7	10,6
2002	8.2	7.1	9.4	14.2
2004	9.5	8.7	10.5	15.0
2005	9.5	8.8	10.3	14.8

** Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); b: break in data series*

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	73.3	79.7	14.7	18.5	60.0	64.3	5.3
2000	75.0	81.0	15.7	19.4	63.2e	64.6e	4.4
2004	76.5sp	81.9sp	16.7sp	20.1sp	65.0e	64.7e	4.1

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop
1995	10.6	80.5	-		
2000	10.6	78.6	10.6	90.9	18.2
2004	10.9	78.1	10.5		

s: Eurostat estimate; p: provisional **THE: Total Health Expenditures* ***PHI: Private Health Insurance*

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	28.2	42.7	31	9	7.5	2.9	6.8
2000	29.2	42.4	28.3	8.4	10.6	2.6	7.8
2004	29.5	43.5	27.2	8.6	10.5	2.5	7.7

** including administrative costs* nc: no change

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio**	expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care**
2005	27.8	23.7	11.4	6.0	1
2010	30.7	-1.2	- 0.9	0.3	0
2030	44	-1	0.9	0.9	0.4
2050	52	2.7	1.7	1.4	1

*** based on the ad hoc scenario*

Germany : data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk-of-poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	13b	14b	13b	12b	15b	20b	18b	21b	22b	18b	**Total**	4.1b
male	12b	-	11b	11b	12b	21b	-	22b	23b	19b	**male**	-
femal	14b	-	15b	14b	18b	20b	-	20b	22b	17b	**female**	-

	People living in jobless households: Children Total	% of people aged 18-59*: Total	male	female
1999	9.5	10.5	9.5	11.4
2004	10.9	11.1	10.8	11.4
2006	10.5	10.6	10.4	10.9

	Long-term unemployment rate (% of people aged 15-64): Total	male	female
1999	4.1	3.2	5.2
2004	5.4	4.8	6.1
2005	5.0b	4.7b	5.4b

	Early school-leavers (% of people aged 18-24): Total	male	female
1999	14.9	14.2	15.6
2004	12.1	12.2	11.9
2005	13.8	13.5	14.1

*: *excluding students; b: break in data series*

SILC income 2004	Total	male	female	SILC income 2004	Total	male	female
Relative income of 65+	0.92b	0.93b	0.90b	***Aggregate replacement ratio***	0.45b	0.44b	0.48b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050): *Net*: Total	*Gross replacement rate*: Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	*Assumptions*: Coverage rate (%): Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Contribution rates: Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions: Estimate of current (2002)		Assumption
4	5	-9	DB	15	DC	Nd	70		19.5	Nd		4

** (DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

EESTI

1. Olukord ja peamised arengutendentsid

Prognoositakse, et Eesti kogutoodang kasvab 2006. aastal 10,9% võrra (2005: 9,8%, EL 25s 1,6%). SKT inimese kohta kasvas 57,3%ni ELi 2005. aasta keskmisega võrreldes ning arvatakse, et see tõuseb 2007. aastal 65%ni. Suhtelise vaesuse määr oli 2004. aastal 18% (EL 25s 16%). Nii tegelikud palgad kui ka tootlikkus on kiiresti suurenenud, esimesed rohkem kui viimane. Inflatsioonimäär 4,1% ületas 2005. aastal ELi keskmise, milleks oli 2,2%. Tööhõive kasvuks 2006. aastal on prognoositud kindel 3,2% (2005: 2,0%, tööhõive määr 64,4%, aktiivsuse määr 70,1%), kuid eeldatakse, et 2007. aastal väheneb see 1,8%ni. 2005. aastal oli naiste tööhõive määr 62,1% (EL 25s 56,3%), 55–64-aastaste seas 56,1% (EL 25s 42,5%) ja 15–24-aastaste seas 29,1% (EL 25s 36,8 %). Töötuse määra, mis kahanes 9,7%lt 2004. aastal 7,9%le 2005. aastal (8,8% meeste puhul), prognoositakse langevat 6,8%ni 2006. aastal ja 6%ni 2007. aastal. Noorte töötuse määr langes 21,4%lt 2004. aastal 15,9%le 2005. aastal. Pikaajalise töötuse määr on kahanenud, kuid oli 2005. aastal ikkagi kõrgem (4,2%) kui ELi keskmine (3,9%).

Sotsiaalkaitsele kulutatud SKT osa oli 2004. aastal 17,1%. Kogusummast kulutati 39% pensionidele (2004. aastal 6,7% SKTst, prognoositakse, et see langeb 2030. aastaks 4,8%le) ja 32% tervishoiule (2004. aastal 5,4% SKTst, prognoositakse, et see tõuseb 2030. aastaks 6,2%ni). Keskmine eluiga (2004. aastal meestel ja naistel vastavalt 66,5 ja 77,9 aastat) on ELis eelviimasel kohal. Meeste puhul on see 9 aastat vähem kui ELi keskmine[38]. Viimase kümnendi jooksul on keskmine eluiga pikenenud meestel 4 aasta ja naistel 2,5 aasta võrra (1995. aastal 61,9 ja 74,5), mis on pärast 1989–1994 langust märkimisväärne samm paremuse poole. Tervena elatud eluiga on madal – 2004. aastal 52,5 aastat naistel ja 49,2 aastat meestel. Madal sündimus ja keskmise eluea tõus suurendavad ülalpeetavate vanurite suhtarvu praeguselt 24%lt 31%ni aastaks 2025 ning 43%ni aastaks 2050. Imikute suremus (2004. aastal 6,3 tuhande kohta) on üks ELi kõrgemaid[39], kuigi see on alates 1960. aastast (31,1 tuhande kohta) ja viimasel aastakümnel oluliselt langenud (1995. aastal 14,9 tuhande kohta). Perinataalne suremus on kõrge – 8 tuhande kohta, kuid on alates 1960. aastast (22,5 tuhande kohta) pidevalt langenud.

2. Üldine strateegiline lähenemisviis

2006.–2008. aasta riikliku reformistrateegia (NRSi) siht on toetada strateegilist eesmärki saavutada kiire, sotsiaalselt ja regionaalselt tasakaalustatud ning jätkusuutlik majanduslik areng. Selles kontekstis peaksid sotsiaalkaitsesüsteemid tagama üksikisiku võime toime tulla sotsiaalsete riskide esilekerkimisel. Strateegia rõhutab töö ja kõigile loodavate võrdsete võimaluste ülimat tähtsust vaesuse ja sotsiaalse tõrjutuse ennetamisel. Kinnitatakse jätkuvalt soolise võrdõiguslikkuse süvalaiendamist.

Sotsiaalse kaasatuse edendamine. Peamised prioriteedid aastatel 2006–2008 on pikaajalise töötuse ja tegevusetuse ennetamine ja vähendamine, lastega perekondade sotsiaalse tõrjutuse leevendamine, piisava pensionide taseme tagamine, tervishoiuteenuste ja ravikindlustussüsteemi finantsilise stabiilsuse säilitamine maksubaasi laiendamise teel, tervisliku eluviisi edendamine ja tervishoiuteenuste parandamine ning elukestva õppe süsteemide täiustamine.

---

38 ELi keskmine 2004. aastal oli meestel ja naistel vastavalt 75,8 ja 81,9 aastat.

39 ELi keskmine oli 2004. aastal 4,5 tuhande kohta.

Seos Lissaboni strateegiaga. Nagu riiklik reformiprogramm (NRP), põhineb ka riiklik reformistrateegia (NRS) riigieelarve strateegial ning koostati koostöös kõigi asjaomaste ministeeriumide, sotsiaalpartnerite ja kodanikuühiskonnaga. NRS viitab aastate 2005–2007 riiklikule reformiprogrammile ja märgib, et see sisaldab põhjalikumat analüüsi selle kohta, kuidas sotsiaalkaitsepoliitika toetab tööhõivet ja majanduskasvu ning vastupidi. Riiklik reformiprogramm toonitab näiteks nende ettevõtmiste tähtsust, mis on suunatud riskirühmade kaasamisele tööhõivesse, et vähendada sotsiaaltoetusmaksete kõrgest tasemest tulenevat survet riigieelarvele.

Juhtimine. Peamised sidusrühmad osalesid NRSi koostamise juhtrühmas. Lisaks oli kodanikuühiskonnal laiemas mõttes võimalus kaasa rääkida. Järk-järgult kaasatakse rohkem partnereid, kuid paljud ei ole veel ikka piisavalt pädevad ning neil ei ole protsessis osalemiseks küllalt teadmisi. NRS märgib, et eesmärgiks on suurendada haldussuutlikkust selleks, et toetada erinevate alade poliitika terviklikku kujundamist ja rakendamist. NRS kutsub ka üles rajama alalist foorumit, kuhu kuuluksid juhtrühm ja valitsusvälised organisatsioonid, et parandada koordineerimist ja järelevalvet NRSi rakendamisel. Et edendada sotsiaalpartnerite ja valitsusväliste organisatsioonide tõhusamat osalemist sellel foorumil, oleks kasulik teha neile kättesaadavaks ka pädevust arendavad meetmed.

3. Sotsiaalne kaasatus

3.1. Peamised arengutendentsid

Suhtelise vaesuse määr oli 2004. aastal 18%, selle läviväärtus on ELis Läti ja Leedu ees tagantpoolt kolmas (ostujõu standard 2004. aastal 2869). Eestlaste tegeliku sissetuleku suurenemisega on elanike arv, kes elavad täielikus vaesuses (piir määratakse kindlaks riigi tasandil, võttes arvesse minimaalset tarbimist, ning seda korrigeeritakse igal aastal vastavalt tarbijahinnaindeksile), viimastel aastatel märkimisväärselt vähenenud (riiklikud andmed: täiskasvanute puhul 32,8%lt 1998. aastal 17%le 2004. aastal; laste puhul 40,4%lt 1998. aastal 25,3%le 2004. aastal).

Töötus, eelkõige pikaajaline töötus, ja majanduslik tegevusetus on jätkuvalt tõrjutuse peamisteks põhjusteks ning sageli on need seotud muude riskifaktoritega. 2004. aastal oli suhteline vaesusrisk töötute hulgas 60% ning mitteaktiivsete hulgas 31%. Suur osa töötusest on loomult struktuurne, olles seotud oskuste sobimatusega. Pikaajaline töötus on sagedasem üle viiekümneaastaste ning noorte inimeste hulgas. Riskirühmadesse, kellel on raskusi tööturule integreerumisega, kuuluvad ainult põhiharidusega ja/või turuvajadustele mittevastavate oskustega inimesed, rahvusvähemused, noored, puudega inimesed ning tööd otsivad mitteaktiivsed (2005. aastal 7% tööealisest elanikkonnast).

2003. aastal oli vaesuseoht samuti keskmisest kõrgem ühe inimesega leibkondade (36%) ja üksikvanemate hulgas (40%). Töötavate inimeste vaesuse määr 7% oli 2004. aastal pisut madalam ELi keskmisest (8%) ning nende osa suhtelise vaesuse määrast allapoole jäävast elanikkonnast oli 28% (EL 27%). Ülalpeetavate lastega leibkonnad moodustasid 55% vaesuseohus olevast elanikkonnast ning nende suhtelise vaesuse määr 18% oli 2004. aastal sama, mis siseriiklik keskmine. 8,2% kõigist lastest elasid 2006. aastal tööta leibkondades ja lapsed moodustasid 2004. aastal ühe viiendiku vaesuseohus olevast elanikkonnast. Laste vaesuseohu määr oli 31% enne ja 21% pärast 2004. aasta sotsiaaltoetusi. Sotsiaaltoetused, välja arvatud pensionid, vähendavad samuti üldist vaesuseohu määra kuue protsendipunkti võrra, võrreldes ELi keskmise kümne punktiga.

Noorte haridustase langes 82,3%lt 2004. aastal 80,9%le 2005. aastal (ELi eesmärk: min 85% 2010. aastal). Enne kooli lõpetamist koolist lahkuvate õpilaste osa vähenes 2005. aastal 14%le (ELi eesmärk: max 10% 2010. aastal). Täiskasvanute osalemismäär elukestvas õppes oli 5,9%, mis on pool ELi keskmisest 2005. aastal.

3.2. Peamised ülesanded ja prioriteedid

NRSis rõhutatud peamised poliitilised ülesanded on osaluse suurendamine tööturul ning laste vaesuse likvideerimine, mis langevad kokku 2006.a. Eesti ühisaruandes esiletoodud ülesannetega. Sotsiaalse kaasatuse suurendamise prioriteetsed eesmärgid aastateks 2006–2008 on pikaajalise töötuse ja tööturult väljalangemise ennetamine ja vähendamine ning lastega perede vaesuse ja sotsiaalse tõrjutuse ennetamine ja vähendamine. Eestis eksisteerib olukorra ja peamiste arengutendentside mõistlik mitmetasandiline süntees, mis õigustab keskendumist struktuurse töötuse vähendamisele ja laste toetamisele perekonna koosseisus, kuigi 2004. aasta kaasatuse riikliku tegevuskava rakendamise tulemuste kohta ei ole aruannet esitatud. Valitud lähenemisviis on vaatamata sellele üsna hästi kooskõlas ühiste eesmärkidega sotsiaalse kaasatuse valdkonnas.

Eesti pole oma peamiste prioriteetide valiku toetamiseks mitte ainult laialdaselt kasutanud näitajaid, vaid on planeeritud perioodiks seadnud ka täpsed ja kvantitatiivselt mõõdetavad vahe-eesmärgid. Mõlema strateegilise eesmärgi saavutamiseks on välja töötatud mitmekülgsed meetmed. Meetmete lõikes on tavaliselt kirjeldatud mõju eelarvele või samaväärset toimet ning nimetatud vastutavad asutused. Struktuurifondide, eriti Euroopa Sotsiaalfondi panus NRSi eesmärkide toetamisse saab olema märkimisväärne, seda eriti aktiivsete tööturumeetmete puhul, kus suurem osa vahenditest tuleb ESFilt.

3.3. Poliitikavahendid

Peamist eesmärki suurendada osalust tööturul toetavad järgmised meetmed ja sihid:

Olemasolevad meetmed hõlmavad 2004. aastal kinnitatud tööturumeetmete strateegiat ja tööturuteenuste ja -toetuste seadust, mis võeti vastu strateegia põhimõtete rakendamiseks. Seadus jõustus 1. jaanuaril 2006. See näeb ette internatuurisüsteemi, noorte ja pikaajaliselt töötute käsitlemist tähelepanualuste rühmadena; tööpraktikat ja teenuseid puudega inimestele; paremat juurdepääsu aktiivsetele meetmetele; juhtumikorralduse tutvustamist; põhimõtet, et töötud peavad teatud tingimustel vastu võtma neile sobiva töö. NRS näitab, et 2005. aastal kulutati 0,12% SKTst tööturupoliitika rakendamisele, sellest 74% või 0,09% SKTst kulutati aktiivsetele meetmetele (Eurostat: aktiivse tööturupoliitika kulutused Eestis olid 0,04% SKTst ja tööturupoliitika meetmetes osalejate arv 2004. aastal oli 0,6 iga 100 tööd otsiva inimese kohta).

Uued meetmed sisaldavad passiivsete meetmete hulga suurendamist (näiteks igakuine töötustoetus tõuseb praeguselt 25 eurolt 2007. aastal 69 euroni), et motiveerida ja toetada töötuid inimesi töö otsimisel. Kavandatud tõus riigieelarves on 2006. aastal 90% ja 23% 2007. aastal. Luuakse ümberõppe süsteem ja ühine professionaalse ja karjäärinõustamise süsteem; tööturuteenuseid laiendatakse töötavatele inimestele ja ESFi projekti osana katsetatakse kollektiivsele koondamisele reageerimise teenust. 2006. aastal plaanitakse aktiivsele tööturupoliitikale kulutada 20,5 miljonit eurot (115% tõus), sellest 12,1 miljonit eurot pärineb ESFilt. 2007. aastal saab see summa olema 17,2 miljonit eurot (16% langus), sellest 9,1 miljonit pärineb ESFilt. Lisaks tööturumeetmetele on eesmärgiks ka edendada paindlike töövormide kasutamist (vaid 16,5% töötajatest olid mittestandardses töösuhtes või füüsilisest

isikust ettevõtjad, võrreldes ELi keskmisega, mis oli 2005. aastal 39,6%), aidata kaasa töötajasõbralikuma töökeskkonna loomisele, arendada hoolekannet ja muid tööhõivet toetavaid avalikke teenuseid ning kasutada side- ja infotehnoloogia pakutavaid võimalusi.

Eesmärgid 2008. aastaks on järgmised: tööhõive määr 69% (2005: 64,4%); aktiivsuse määr 73,1% (2005: 70,1%); pikaajalise töötuse määr 2,7% (2005: 4,2%); pikaajaliselt töötute arvu vähendamine 18 500 inimeseni (2005.a. riiklikud andmed: 27 900).

Parimate tavade hulgas on kaks ESFi projekti: „Koduhooldustöötajate katseprojekt", mis on suunatud 100 töötule inimesele rahvusvähemuste hulgast eesmärgiga anda neile väljaõpet, et nad saaksid tööturule tagasi pöörduda koduhooldustöötajatena. 88 inimest läbis väljaõppe ja eesmärgiks on, et kohalikud asutused võtaksid tööle 60 koduhooldustöötajat. Teine projekt „Töötute väljaõpe telefonikeskuse operaatoriks" hõlmas 390 inimest ja 95% neist on nüüdseks töö leidnud.

Laste vaesuse kõrvaldamise peamist eesmärki toetavad järgmised meetmed ja sihid:

Olemasolevad meetmed põhinevad 2004. aastal vastuvõetud lastekaitsestrateegial. 2006. aastal pikendati vanemahüvitise maksmise kestust 455 päevale (100% eelneva aasta keskmisest kuupalgast); kolmelapseliste perede kvartalihüvitist suurendati 19 euroni ja nelja või enama lapsega perede hüvitist 29 euroni; sünnitoetust ja lapsendamistoetust suurendati 320 euroni. Lisaks rahalisele toetusele on hulk meetmeid, millel on oluline osa sotsiaalse tõrjutuse riskide käsitlemisel: puudega laste ja raskesti kasvatavate laste taastusabi kava; kokkulepitud meetod hooldekulude arvutamiseks; tugiisikud; tasuta telefoniliin; väljaõpe väärkoheldud last ümbritseva võrgustiku väljatöötamiseks. Samuti plaanitakse suurendada lastekaitseametnike arvu kohalikes omavalitsustes.

Uued meetmed hõlmavad lastetoetuse tõstmist 19 eurolt 57 eurole; nõustamisteenuste parandamist; väljaõpet suhtlemis- ja vanemlike oskuste alal; koostöövõrgustike tugevdamist; lastega perede eluasemetingimuste parandamist; võrdsete võimaluste loomist hea hariduse omandamiseks; riskirühmadesse kuuluvate laste arenguvõimaluste parandamist; laste erivajaduste arvestamist, näiteks sekkumisstrateegiad koolivägivalla puhul; vaba aja veetmise võimaluste parandamist.

Eesmärgid 2008. aastaks on järgmised: allpool suhtelise vaesuse piiri elavate laste arvu vähendamine 2005. aastaga võrreldes 2% võrra (2004: 21%); laste (0–15 aastat) ja kogu elanikkonna täieliku vaesuse määra erinevus on 7,9% (2004.a. riiklikud andmed: 8,3%); lastekaitseametnike arvu suurendamine ühe ametnikuni 1000 lapse kohta (baasmäära pole antud); spetsiifiliste arenguvajadustega laste osaluse suurendamine lasteaedades või koolieelsetes klassides (arvuliselt määramata). Kaugem siht on suurendada lastehooldustöötajate arvu nii, et suhe oleks 1:6.

3.4. Juhtimine

Ministeeriume, sotsiaalpartnereid ja valitsusväliste organisatsioonide esindajat hõlmav juhtrühm kutsuti kokku, et tagada sidusrühmade kaasamine NRSi koostamisse. Lisaks asutati mitteametlik katusorganisatsioon, mis võimaldaks kolmandal sektoril kaalukamalt osaleda. NRSi rakendamise paremaks koordineerimiseks ja järelevalveks kutsub sotsiaalministeerium kokku juhtrühmast ja valitsusvälistest organisatsioonidest koosneva alalise ümarlaua. See saab olema kasulik panus protsessi järelevalve tugevdamisse, kuigi NRS oleks võinud ka ette

näha, millises ulatuses protsessis sõltumatut hindamist kasutatakse. Kokkuvõttes tundub, et kogu juhtimisalane korraldus on varasemast pisut tugevam.

4. Pensionid

Vanemate inimeste elatustase on suhteliselt lähedane üldise elanikkonna omale (73% 2003. aastal), samas kui vanurite vaesusrisk on hetkel 20% (soolised erinevused on suured: 10% meeste ja 26% naiste puhul), pisut kõrgem kui 0–64 aasta vanuse elanikkonna puhul.

2006.a. jätkusuutlikkuse aruanne andis riigi rahanduse jätkusuutlikkuse suhtes Eestile hinnangu kui madala riskiga liikmesriigile. Rahvastiku vananemise mõjude töörühma 2005.a. prognoosi kohaselt vähenevad kulutused riiklikele pensionidele Eestis märgatavalt (6,7%lt SKTst 2004. aastal 4,2%ni 2050. aastal), mis on seotud sotsiaalkindlustusmaksete osalise ümbersuunamisega kogumispensionisüsteemidesse (võttes arvesse kohustuslikku kogumispensionisüsteemi, jäävad kulutused pensionile püsima – 6,7% 2004. aastal, 6,6% 2050. aastal). Talitustevahelise juhtrühma arvutuste kohaselt oli 2005. aastal teoreetiline netoasendusmäär 41% (brutoasendusmäär 33%) ja prognoositakse, et see jääb laias laastus samale tasemele kuni aastani 2050. See tähendab esimese samba baasosa asendusmäära pidevat vähenemist (33%liselt brutoasendusmääralt 2005. aastal 15%ni 2050. aastal), samas on ette näha kogumispensionide osa kasvu 13%ni brutoasendusmäärast 2030. aastaks ja 21%ni 2050. aastaks. Need asendusmäärad prognoositakse 40 aastat töötanud töötaja põhjal, kuid toetuvad rohkem kogumispensionile, mida sisaldab reformitud süsteem, mittepidevalt töötanud töötajad sellele tasandile tõenäoliselt ei jõua.

2006.a. ühisaruanne tõstis esile üldise Eesti pensionisüsteemi rahalist jätkusuutlikkust ja edukust kõrgete tööhõivemäärade saavutamisel nii naiste kui ka vanemate inimeste puhul. Siiski olid süsteemi ees seisvateks probleemideks praeguste pensionide piisavus ning võimalik kahanemine tulevikus. Aruandes nimetati ka ennetähtaegse pensioni kavasid. Seoses viimastega osutatakse uuendatud aruandes, et juurdepääsu kõnesolevatele kavadele võidakse vähendada, kuigi ei märgita, kuidas või millal selleni jõutakse.

Eesti pensionisüsteemi reform tõi kaasa tugeva seose pensionide ja üksikisiku sissemaksete, samuti kohustusliku ja vabatahtliku kogumispensioni vahel. Üleminekukulud on hinnatud mõõdukaks, riigipoolne lisatoetus on vajalik vaid ajavahemikul 2007–2012. Kohustusliku kogumispensioni rakendamisel on olnud positiivne mõju ka vabatahtliku kogumispensioni katvusele. Hetkel on vanurite vaesusrisk mõõdukas, kuid peamiseks väljakutseks on pensionide piisavus tulevikus, kuna praegused asendusmäärad on juba nüüd üsna madalad ja prognoositakse nende edasist langust. Kuigi vanemate töötajate tööhõivemäär on kooskõlas Lissaboni eesmärgiga, tuleks tähelepanu pöörata ennetähtaegse pensioni eriskeemidele, kus pensionile jäämise iga on märkimisväärselt madalam kui riiklikus PAYG vanaduspensioni skeemis. Lisaks vajab süsteemi kohustuslik kogumispensioni komponent õigusakte, mis määraksid kindlaks hüvitiste maksmise korra alates 2009. aastast.

5. Tervishoid ja pikaajaline hooldus

5.1. Tervishoid

Süsteemi kirjeldus: Eesti Haigekassa ostab ja hüvitab hooldust umbes 94%le elanikkonnast elukoha ja grupilise kuuluvuse alusel (näiteks töötud, lapsed, pensionärid, täiskohaga hooldajad). Teenuste osutamine on detsentraliseeritud ja enamjaolt riiklik, kuigi eraviisilise teenuse osutamise osa on suurenemas. Elanikud registreeruvad esimese etapi arstiabi andva arsti juures, kes osutab üldarstiabi ning tervistavaid ja ennetavaid teenuseid ja kellel lasub

valiku tegemise ülesanne, kui küsimus on eriarstiabis või haiglaravis. Ambulatoorset eriarstiabi osutatakse tervishoiukeskustes, haiglate ambulatoorsetes osakondades ja eriarstide vastuvõtukohtades. Haiglaabi osutatakse regionaalsetes haiglates, keskhaiglates ja kohalikes haiglates (kuuluvad peamiselt kohalikele omavalitsustele või riigile). Ambulatoorse ja haiglaabi osutajad (kas era- või riiklikud asutused) sõlmivad haigekassaga lepingud. Haigekassa maksab perearstidele pearaha ning lisaks tasu koduvisiitide eest. Ülejäänud personal koosneb palgatöötajatest. Süsteemi rahastatakse peamiselt töötajate (praktikas tööandjate) ja füüsilisest isikust ettevõtjate sihtotstarbelisest palgafondimaksust ja maksustamise kaudu (mis tasub kiirabi ja vältimatu abi ning edendamise ja ennetustöö eest). Kaasrahastamine kehtib koduvisiitide ja ambulatoorsete visiitide, haiglas viibimise ning ravimite puhul. Haigekassa ei kata täiskasvanute hambaravi. Teenuseosutajale, kellel pole haigekassaga lepingut, maksab patsient ise. Teadvustades, et probleemiks on elanike vilets tervislik seisund, kättesaadavuse piiratus ja ilmne vajadus vahendite järele, püüavad ametiasutused parandada elanikkonna tervist edendus- ja ennetustegevuse abil, et tagada teenuste ühtlane geograafiline kättesaadavus, laiendada elanikkonna kaetust sellega, panna hästi toimima esimese etapi arstiabi sektor ja eraldada sektorile lisavahendeid, samal ajal säilitades süsteemi jätkusuutlikkuse nii finantsilises kui ka inimressursside mõttes.

Kättesaadavus: Aruanne märgib, et kuigi elanikkond on hõlmatud ulatuslikult, ei ole 6% elanikkonnast kindlustatud. Ametivõimud, kes on juba laiendanud hõlmavust töötushüvitist saavatele isikutele, kaaluvad viise (nt kohaliku omavalitsuse kindlustus), kuidas hõlmavust laiendada teistele rühmadele, kes on praegu kaetud vaid vältimatu abi puhul. Väidetakse, et esimese etapi arstiabi kättesaadavus on hea, 99,8% patsientidest saavad perearsti juurde ettenähtud kolme päeva jooksul (perearstide arv 100 000 elaniku kohta on üks kõrgemaid ELis: 95,1). Kättesaadavusprobleeme tekitavate geograafiliste erinevuste lahendamiseks (nt oluliste erialade ebaühtlane jagunemine) kavandavad ametivõimud esimese etapi arstiabi võrgustikku, kust teenuseid osutataks patsiendi elukoha läheduses. Samuti on avatud tasuta ööpäevaringne telefoniliin. Lisaks tahetakse tagada kõigi elanike jõudmine eriarstiabini tunni jooksul. Aruandes märgitakse, et ravijärjekordade paremaks organiseerimiseks annavad haiglad informatsiooni haigekassale, kes avaldab selle internetis (see võimaldab patsientidele tulevikus ka suuremat haiglate valikut). Veel märgitakse, et pikkade järjekordade probleemi lahendamiseks on olemas siseriiklikud/kesksed järjekorrad teatud teenustele ning pikimate järjekordadega erialadele on eraldatud lisavahendid. Andmed näitavad, et eraviisilise kulutamise osa on kõrge (patsiendi taskust tasutavad maksed moodustasid 2004. aastal 21,3% tervishoiule tehtud kogukuludest) kaasmaksete arvu suurenemise ning üha suurema hulga raviteenuste (nt hambaravi) väljaarvamise tõttu hüvitatud teenuste hulgast. See võib panna finantskoorma haavatavamatele rühmadele ning tuua kaasa reaalsed sotsiaal-majanduslikud (sissetulekust tingitud) erinevused tervishoiuteenuste kasutamisel. Ametivõimud soovivad sektori rahastamises kavandatud tõusu kaudu parandada tervishoiuteenuse kättesaadavust.

Kvaliteet: Aruande kohaselt töötatakse arstiabi kvaliteedi parandamiseks välja spetsiaalsed nõudmised teenuste osutajatele, mille kaudu tervishoiuamet litsentsib ja kontrollib teenuste osutajaid, rakendatakse ravijuhendit (parim tava) ning Eesti Haigekassa on koostöös Maailma Terviseorganisatsiooniga asunud välja töötama haiglate kvaliteedinäitajate süsteemi. Ametivõimud näevad info- ja sidetehnoloogia ning e-tervise lahenduste suuremas kasutamises võimalust parandada kättesaadavust, kõrvaldades lüngad teatud piirkondade teenindamises, kuid samuti olulist võimalust parandada ühtset andmekogumist järelevalve ja kavandamise jaoks, et pakkuda teenusepakkujatele standardite ja juhendite kohta paremat informatsiooni ning parandada koordineerimist teenuse osutajate ja teenuste vahel. Kvaliteedi mõõtmena rõhutatakse ka patsiendi õigust valida ja tema kaasamist raviprotsessi. Seega saavad patsiendid valida ja vahetada oma perearste igal ajal ning valida ükskõik missuguse

spetsialisti piirkondlikul tasandil ja tulevikus ka ükskõik missuguses piirkonnas. Patsientide kaebustega tegeleb tervishoiuamet, patsientide liidud on nüüd kaasatud mõningate haigustega seotud riiklikesse strateegiatesse ja teatud komisjonidesse, käivitatud on rahulolu-uuringud. Valitsus eeldab, et digitaalsel kujul säilitatav informatsioon patsientide kohta vähendab komplikatsioone ja viib parema diagnoosi ja ravini. Koostöövõrgustikes (st perearstid, õed ja mõned eriarstid) nähakse viisi, kuidas integreeritud arstiabi osutamist parandada. Taastusravi alal nähakse ette suunised ning multidistsiplinaarsed töökonnad.

Pikaajaline jätkusuutlikkus: Kogukulutused tervishoiule (5,5% SKTst ja 776 elaniku kohta ostujõu pariteedi järgi 2004. aastal) on ELi madalaimad ja suuresti allpool ELi keskmist[40]. SKT suhtes on see viimasel kümnendil langenud, kuigi tõusnud ühe elaniku suhtes. SKT kasv võib seda tendentsi osaliselt selgitada. Riiklike kulutuste osa kogukulutustest (76% 2004. aastal) on viimasel kümnendil langenud. 2006.a. Euroopa Poliitika Keskuse/EÜ vanuseprognoosid ennustavad riiklike kulutuste kasvu 1,1 protsendipunkti võrra SKTst aastaks 2050. Seega on võimalik märkimisväärselt suurendada riigi kulutusi selleks, et parandada tõhusat edendamis- ja ennetustööd, suurendada katvust ning vähendada kättesaadavusel finantstõkkeid. Sektorile vahendite lisamiseks plaanivad ametivõimud avardada (sihtotstarbelist palgafondimaksu) maksubaasi (suurendades maksumäära ja laiendades rahvastiku baasi). Tõhususe tõstmiseks tahetakse jätkata voodikohtade arvu vähendamist (see on ikka veel seatud eesmärkidest suurem) ning lühendada keskmist haiglas viibimise aega, suurendades samal ajal ambulatoorse ja päevaravi ning esimese etapi arstiabi osa (tagades tõhusa teatmesüsteemi). Neid meetmeid tuleb rakendada koos kulupõhiste hindade ja DRG-põhiste maksetega haiglaravi eest. Võimude arvates on piisavate inimressursside säilitamine tõsine probleem kvalifitseeritud personali liikumise tõttu Lääne-Euroopasse (personali arvukus langes 1990ndatel 24% võrra) ja õendusabitöötajate vähesuse tõttu. Personali motiveerimise viisina nähakse vabatahtlikku uuestiregistreerimise süsteemi ja lisatasu perearstidele ennetavat laadi teenuste eest. Samuti tõstetakse esile intensiivsema edendamise ja ennetamise vajadust riskifaktorite (tubakas, alkohol, uimastid, dieet, treening, keskkond) ja spetsiifiliste haiguste puhul ning vajadust tagada tervist toetavad keskkonnad, mis pakuvad tervislikke valikuid. Spetsiifilised strateegiad hõlmavad järgmisi valdkondi: süda ja füüsiline tegevus, koolitervishoid, HIV/AIDS ja tuberkuloos. Otsitakse koostööd era- ja sotsiaalsektoriga. Suurt rõhku pannakse töötervishoiu katvuse laiendamisele ja sellega seotud teenuste kättesaadavusele (nt arstliku kontrolli bussid maapiirkondades).

5.2. Pikaajaline hooldus

Süsteemi kirjeldus: Tervishoiusüsteem osutab meditsiinilist abi ja õendusabi hooldusasutustes või haiglates, geriaatrilist abi, kodust esimese etapi arstiabi ja kodust õendusabi. Nende teenuste eest tasub Eesti Haigekassa. Hoolekandesüsteem osutab hooldust hooldusasutustes ja päevakeskustes, koduhooldust, eluasemeteenuseid (nt majade kohandamine, puhastamine, toit) ja teisi sotsiaalteenuseid. Kohalikud omavalitsused vastutavad nende teenuste osutamise eest või nende ostmise eest riigiasutustelt, kohalikelt asutustelt ja erasektorilt. Hooldajad saavad toetust, et tasuda hoolduskulude eest või kergendada nende hoolduskoormat. Sotsiaaltöötaja koos perearsti või geriaatrilise abi osutajatega kaalub ja valib hooldusviiside vahel vastavalt isiku vajadustele ja rahalisele olukorrale. Ametivõimud asetavad rõhu järgmisele: kodupõhise abi arendamine, mis võimaldaks inimestele jääda oma koju nii kauaks kui võimalik, hooldusasutustes osutatava abi arendamine vajalikeks puhkudeks, inimressursside arendamine ja vanemaealiste hea tervise edendamine.

---

40 ELi keskmine oli 2004. aastal 8,87% ja 2376,33.

Kättesaadavus: Hooldus- ja ühiskondlike teenuste osatähtsus on suurenenud. Praegune haiglate võimsus tuleb suunata õendusabisse. Kohalikud omavalitsused peaksid täielikult tasuma madala sissetulekuga inimeste institutsionaalse ravi kulud. Ametivõimud tahavad keskenduda kodupõhiste teenuste täiustamisele, et parandada kättesaadavust (ja vähendada kulutusi) sektori lisarahastamise kaudu. Koduhooldust ei osuta ikka veel 30% kohalikest omavalitsustest. Teenuste kättesaadavuse piiratus sunnib inimesi kasutama hooldusasutuste teenuseid (mis on riigi jaoks kulukam). Samuti lihtsustab see rikkamate leibkondade võimalusi eralahenduste leidmiseks võrreldes vaesematega, mis võib asetada ülemäärase finantskoormuse vaesematele leibkondadele.

Kvaliteet: Maavanemad teostavad kontrolli sotsiaalteenuste kvaliteedi üle ning tegelevad patsientide kaebustega. Kvaliteedi parandamiseks kavandavad ametivõimud asendada praegused väga üldised standardid, mis põhjustasid geograafiliselt erineva teenuste kvaliteedi, ühtsete miinimumstandarditega. Sellega kaasneb töötajate registreerimine ja teenuste osutamise litsentsimine. Teadvustades, et tervishoiu- ja hoolekandeteenuste eraldamine ei taga alati teenuste kvaliteeti ega patsientide liikumist teenuste vahel, määravad ametivõimud kindlaks hooldus- ja ravitasandid tervikliku hooldusstruktuuri raames, mis hõlmab multifunktsionaalseid hooldus- ja raviasutusi ning multidistsiplinaarse personali teenuseid.

Pikaajaline jätkusuutlikkus: Teenuste ühine osutamine munitsipaaltasandil ning koostöö kohalike omavalitsuste ja erinevate sidusrühmade vahel on valitsuse meelest viis, kuidas vähendada kulusid või osutada lisahooldust tõhusal moel. Valitsuse arvates ei ole õendusabitöötajate ja terapeutide arv piisav, et tagada hooldusabi osutamine. Eesti keskendub ka tervislikule ja aktiivsele eluviisile ning vanuritele võrdsetele võimaluste tagamisele.

6. Edaspidised ülesanded

- Jätkata riskirühmade osaluse suurendamist tööturul korralikult rahastatud aktiivse tööturupoliitika kaudu ja tõhusa kontrolliga ebasoodsamas olukorras olevate rühmade üle, samuti paindlike töövormide edendamise abil.

- Vähendada kõrget vaesuseohtu lastega perede hulgas, keskendudes ebasoodsamas olukorras olevate perede sissetulekule, eluasemele, hariduslikele ja sotsiaalsetele vajadustele.

- Kindlustada pensionide üldise piisavuse tagamiseks vajalike vahendite olemasolu ja organiseerida pensionisäästude muutmine usaldusväärseks pensionikindlustuseks.

- Parandada hoolduse rahvastikulist ja geograafilist hõlmavust, vähendada patsientide finantskoormat, tegelda pikkade järjekordade probleemiga ja täiustada kodu- ja kogukonnapõhiste pikaajaliste hooldusteenuste osutamist.

- Eraldada sektorile lisaks vajalikke vahendeid, pidades silmas elanikkonna halba tervislikku seisundit ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse piiratust, täiustades samas teenuste tõhusust ja koordineeritust ning parandades tervislikku seisundit edendamis- ja ennetusstrateegiate abil.

Estonia: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	10.8	42.1
2002	8.0	46.8
2004	8.1	53.4
2006	10.9f	65.0f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	60.4	64.3	56.9	28.3	46.3
2002	62.0	66.5	57.9	28.2	51.6
2004	63.0	66.4	60.0	27.2	52.4
2005	64.4	67.0	62.1	29.1	56.1

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	12.8	13.8	11.8	23.9
2002	10.3	10.8	9.7	17.6
2004	9.7	10.4	8.9	21.7
2005	7.9	8.8	7.1	15.9

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	61.9	74.5	12.0	16.1	n/a	n/a	14.9
2000	65.6	76.4	12.7	16.9	n/a	n/a	8.4
2004	66.5sp	77.9sp	13.0sp	17.8sp	n/a	n/a	6.3

s: Eurostat estimate; p: provisional

	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop.
1995	5.9				
2000	5.5	77.5	19.9		
2004	5.5	76.0	21.3		

* Total Health Expenditure

* Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2000	14.0	45.3	32.1	1.3	11.9	2.7	6.6
2004	13.4	43.7	31.5	1.6	12.7	1.5	9.1

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) level in 2004 and changes since			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	24.1	17.1	6.7	5.4	
2010	24.7	-0.6			
2030	33.4	-2.3	-1.9	0.8	
2050	43.1	-2.7	-2.5	1.1	

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

Estonia: data summary sheet

	At-risk-of-poverty rate					*Poverty risk gap*					*Income inequalities*	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	18	21	18	17	20	24	30	22	29	11	**Total**	5.9
Male	17	*	16	17	10	29	*	29	31	13	**Male**	*
femal	19	*	19	17	26	21	*	19	28	11	**Female**	*

	People living in jobless households					*Long-term unemployment rate*				*Early school-leavers*		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	10.2	10.4	10.5	10.4	**1999**	5.0	5.5	4.5	**1999**	14.0	19.0	9.2
2004	9.6	9.5	10.2	8.7	**2004**	5.0	5.6	4.4	**2004**	13.7	20.5	na
2006	8.2	6.0	6.1	5.8	**2005**	4.2	4.2	4.2	**2005**	14.0	17.4u	10.7u

* *excluding students*

u: unreliable

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.728	0.757	0.698	***Aggregate replacement ratio***	0.467	0.402	0.54

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Statutory pensions (or social security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Current estimate (2002)	Assumption
2	3	3	DB / DC			100		22		

**(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

IRELAND

1. Situation and key trends

GDP growth of 4.7% in 2005 ensured that the economy continues to grow appreciably above average EU rates (1.6%). Forecasts for 2006 estimate an increase in GDP growth of 5.3%, although there are concerns that there is an over-reliance on the construction sector. Employment rates continue to grow and, if current trends are sustained, IE is likely to achieve all quantitative Lisbon targets on employment. The overall employment rate in 2005 stood at 67.6 %, the male employment rate was 76.9% and female employment 58.3%. Employment amongst those aged 15-24 (48.7%) and employment amongst those aged 55-64 (51.6%) are both above EU averages.

IE unemployment remains low and stable at 4.4% (2005). While overall activity rates (70.8%) now exceed the EU averages (70.2% in 2005), there are continuing constraints, notably in relation to care services, which limit the capacity of some categories – e.g. families with children (particularly lone parents) - to participate in the labour market.

At 20% in 2004, the at-risk-of-poverty rate remained substantially above the EU average (16% in 2004). At-risk-of-poverty rates are particularly high amongst older people living alone and lone parents, though more recent national data from 2005 indicate that at-risk-of-poverty rates for these categories have been significantly reduced, reflecting the impact and focus of the Irish social security system on people on the lowest incomes.

Life expectancy at birth (75.8 and 80.7 for males and females in 2003) is about the EU average. It has increased by about three years for men and two years for women over the last decade (72.9 and 78.4 in 1995). It has risen consistently since 1970 (68.54 and 73.19). Healthy life expectancy (63.4 for males and 65.4 for females) is slightly below the EU15 average (64.5 and 66 respectively) but it has not changed much for men since 1995 and it shows a small reduction for women (67.6 in 1999). The infant mortality rate (4.9 in 2004) is about the EU average and shows a large reduction since 1960 (29.3) though it decreased more slowly in the last decade (6.4 in 1995). Perinatal mortality is however rather high (9.2 in 2001).

The current old-age dependency ratio (16.5 in 2005) is considerably below the EU average, but is projected to increase significantly to reach 45.3 by 2050.

Gross social protection expenditure amounted to some 17% of GDP in 2004, which is substantially below the EU average (27.3%). The very significant growth in GDP, however, means that the very significant real increases in benefit rates and child income support introduced in recent years is somewhat masked. Further explanatory factors for the lower levels of social protection expenditure in IE include the lower proportion of pensioners and the reliance on private pension provision to supplement flat-rate State pensions; and lower spending on unemployment benefits in the light of sustained low unemployment figures.

2. Overall strategic approach

The Irish National Strategy Report can generally be said to contain a coherent strategic approach which builds upon the achievements of the earlier National Anti-Poverty Strategy and the National Plan against Poverty and Social Exclusion 2003-05. Mirroring the outcome

of the negotiations on a new Social Partnership Agreement, *Towards 2016*, it adopts a lifecycle approach which makes for a cogent analysis of the issues being addressed in tackling social exclusion.

The four priorities identified - child poverty, access to quality employment, integration of immigrants, and access to quality services – are appropriate and consistent with EU priorities and in most cases clear, ambitious but achievable targets are included, again drawing to a considerable extent from *Towards 2016*.. A notable weakness, however, is the absence of any explicit targets in relation to poverty reduction. It is important to note that IE will shortly complete a separate new National Action Plan for Social Inclusion in parallel with, and complementary to, the forthcoming National Development Plan 2007-13. While a certain caution towards the setting of poverty reduction targets (even in relation to the national consistent poverty measure) can be discerned in the Strategy Report, it is expected that this new Plan will clearly address this issue. At a wider level, the streamlining of Action Plans on Poverty and the NDP must be viewed as a positive step, since it should facilitate greater coherence in policy development and more effective mainstreaming of poverty and social exclusion issues across all policy domains.

The linkages with the National Reform Programme will be addressed within the context of the Steering Group, chaired by the Secretary-General of the Department of the Taoiseach (Prime Minister) and representing the Government and the Social Partners, charged with overseeing the implementation of *Towards 2016*. This Group will periodically review progress in implementing key strategies including the NSSPI, the NAP/Inclusion 2006-08, the National Development Programme 2007-13 and the National Reform Programme.

3. Social inclusion

3.1 Key trends

The economic background in Ireland remains positive with strong GDP growth and a vibrant labour market predicted to continue over the coming years. There are concerns however that growth is excessively linked to domestic consumption and notably to the construction sector, and there is some concern too at the relatively high levels of inflation currently being experienced. Of particular significance is the net migration experienced in recent years with population growth, largely fuelled by immigration, of 8.1% being recorded between 2002 and 2006. This presents a new set of challenges to be faced in terms of integration and service provision.

While the latest figures for the national 'consistent poverty' measure show positive results, down from 8.8% (2003) to 6.8% in 2004, it is not possible to measure trends over the longer term owing to methodological issues associated with the change from the ECHP to the EU-SILC.

IE argues that the high levels of people at risk of poverty (20% in 2004) is attributable primarily to an increase in the median income driven by a significant shift from one to two income households (itself a consequence of increased female workforce participation). While the impact of rapid economic growth and associated household structural changes over the past decade does tend to mask the very significant investment in welfare benefits over the same period, the underlying high proportion at risk of poverty also reflects the structure of the Irish welfare system (based on flat-rate benefits) and points to a continued level of inequality in Irish society which must be a matter for concern. Expenditure on public social expenditure

in Ireland (15.5% in 2004) is considerably below the EU average (23.4%). Families with children (particularly lone parents), older people living alone and people with disabilities are particularly vulnerable to being at risk of poverty. It is notable also that there is an increasing prevalence of people in employment who are at risk of poverty, reflecting primarily those who are engaged in low-paid and/or part-time work.

3.2 Key challenges and priorities

The strategic approach can be viewed as a further development of the strategy followed in Ireland to date in the National Anti-Poverty Strategy and the previous NAP/inclusion and sets out the intention to continue reform of the social welfare system, to address access to the labour market, enhance employability and improve access to better quality education, health and other services. The strategic framework adopted mirrors that contained in the recently concluded social partnership agreement – *Towards 2016. T*he major innovation in *Towards 2016* in relation to social policy is its adoption of a life cycle approach. This divides up the population into three groups: children, people of working age and older people, (although it continues to identify people with disabilities as a separate category) and includes a set of policy goals in relation to each group, together with priority actions.

IE places a strong emphasis on the provision of enhanced services and reiterates commitments to continued investment in welfare provision.

As regards active social inclusion, the Strategy again reflects the tenor of *Towards 2016* which seeks to be more explicit than in the past in identifying the complementary relationship between social policy and economic policy. This can be seen as reflecting also the greater visibility of flexicurity as a policy driver insofar as the Strategy identifies the importance of effective interaction between social protection and growth and employment. (The creation of the new Office of the Minister for Children is also a significant development in terms of structures designed to facilitate effective implementation of the lifecycle approach.) Overcoming educational disadvantage is also taken up as one of the challenges ahead for Ireland.

As regards policy co-ordination and the involvement of all actors, there are further welcome developments in the IE approach. *Towards 2016* provides for instance that a 'streamlined national social inclusion report' will be prepared annually by the Office for Social Inclusion, with the purpose of monitoring and reviewing progress at each stage of the life cycle. This development is welcomed and should help to ensure that social inclusion issues receive due weight in policy development and implementation.

The challenges identified in the 2006 Joint Report related firstly to the need to sustain investment in service provision, notably in relation to childcare and elder care; and IE can be regarded as having responded positively in this area (e.g. through the Childcare Investment Programme). The second area related to the need to address the high proportion at risk of poverty and the high level of income inequalities. While significant investment in income supports has been sustained in recent Budgets, including the 2006 Budget, the absence of an explicit commitment to setting poverty reduction targets gives some cause for concern. As noted earlier, the finalisation of a new NAP/inclusion will provide a clearer picture of IE's intentions in this regard.

3.3 Policy measures

The following four priority areas are selected: child poverty; access to quality work and learning opportunities (activation measures); integration of immigrants; and access to quality services. While by definition, identifying priority areas means that some other worthy issues are overlooked, it is perhaps regrettable that the approach adopted has the perceived effect of diminishing the priority accorded to vulnerable groups, such as Travellers, in earlier NAPs/inclusion. In general, however, the areas identified are all in need of significant attention and fit well with EU priorities.

Notwithstanding the absence of explicit child poverty reduction targets, the Report identifies a wide range of targets that will impact on child poverty in the areas of income support, childcare, tackling early school leaving, addressing educational disadvantage (notably through the implementation of the 'Delivering Equality of Opportunity in Schools' programme), and improving health outcomes. A review of child income supports is to be completed within a year. This is a critical area, given the emphasis on improving access to employment opportunities, since there is evidence to suggest that disincentives to employment within the welfare system have re-emerged as a serious issue. The key targets identified are by and large quantitative, time-limited and demonstrate an integrated approach to addressing child poverty.

The second objective focuses on increasing employment participation and access to education among marginalised groups, notably lone parents, people with disabilities, older workers and the unemployed through the removal of barriers to employment on one hand and the implementation of a new case active management service for all social welfare customers on the other. If it is to succeed, this approach will demand a more flexible response in the area of training and education provision if the needs of the target groups are to be adequately addressed (e.g. in terms of affordable and accessible childcare and the removal of rigidities in the scheduling of training). The targets set relate primarily to literacy, employment rates and investment in the Back to Education Initiative and are relatively clear and time-limited. No targets are included however in respect of the adoption of a case management approach for all social welfare customers. In 2006, substantial investments were made in employment and training supports for the unemployed and the economically inactive and programmes aimed at facilitating access to learning opportunities for low skilled disadvantaged workers

The third objective – integration of immigrants – is clearly an area of increasing relevance in IE, given the scale of inward migration in recent years. The approach outlined is wide-ranging covering service provision, active integration and anti-racist initiatives, but there is an absence of clear targets (other than to increase the number of language support teachers in schools) with continuing data shortages being advanced as the key explanatory factor. While the NSSPI does indicate that this issue is being addressed as part of the data strategy of the Office for Social Inclusion, it is important that data deficits are not allowed to become a barrier in themselves to effective early actions to address the needs of migrants and to ensure their integration into society.

The final objective relates to access to quality services and the approach outlined represents a substantial development on earlier Plans. An impressive range of policy domains - income support, health, long term care services, transport, accessible ICT, housing and accommodation, improving local environments, and investing in local infrastructure – is covered and clear targets relating to housing, health and transport are included

The approach taken to gender issues is mixed. A gender perspective is systematically included within the discussion of each policy objective, an approach which demonstrates an increased awareness of the particular issues facing men and women. This does not however translate

into gender-specific targets. The adoption of the life cycle approach, mirroring that set out in the *Towards 2016* Agreement can be characterised as 'gender-blind' with the result that the visibility of gender mainstreaming is diminished considerably.

While budgetary allocations are provided in respect of some specific actions (e.g. the National Childcare Investment Programme), and current (2006) expenditure levels are broadly outlined, the Report indicates that future proposed resource allocations will be contingent on the completion of the National Development Plan 2007-13 and on the annual budgetary process. No reference is made in the report on the possible future role of the ESF in supporting actions planned under the Strategy.

3.4 Governance

IE continues to demonstrate a clear commitment to wide-ranging consultation in the preparation of its inclusion strategy. An extensive consultation process was undertaken, including a public call for submissions, regional public consultations, a meeting of the Social Inclusion Forum and consultation with the local authorities. (There is a commitment now to establish Social Exclusion Units in half of all local authorities by end-2008, a welcome – albeit limited – development which will help to embed social exclusion-related activities more concretely within local communities.) Other seminars were run by the Combat Poverty Agency and by various community and voluntary organisations. The direct involvement of stakeholders is more limited in the areas of implementation, monitoring and evaluation although the social partners will have an oversight role through their participation in the Steering Group for the Social Partnership Agreement.

The Strategy envisages a more streamlined approach in the future to the monitoring and evaluation of social inclusion issues. The role of the Office for Social Inclusion has been enhanced under *Towards 2016* and the Office is now charged with monitoring progress on the implementation of the NSSPI, the forthcoming NAP/Inclusion and the social inclusion elements of the new National Development Plan. A single annual Social Inclusion Report will be published, commencing in June 2007. Given that a key message emerging from the consultation process centred on the need to address the 'implementation gap' in existing legislation, policy programmes and task force recommendations, it is to be hoped that the more streamlined monitoring process will in turn underpin a more rigorous implementation of commitments and the achievement of targets. In this regard, also, the recent overhaul of the poverty proofing process, now known as Poverty Impact Assessment, is a positive step.

4. Pensions

Pensioner incomes in Ireland are among the lowest in the EU-25, relative to the overall population (65% of those aged 0-64), and persons aged 65+ are more at risk of being in poverty than those aged 0-64 . In 2004, 33% were at risk of poverty (men 30%, women 36%), meaning that poverty rates of older people in Ireland remain amongst the highest in EU-25, in spite of the fact that State pensions have been increasing at a faster rate than either prices and earnings.

The 2006 Sustainability Report assessed Ireland as a medium-risk Member State as regards the sustainability of public finances, notably due to the high cost of ageing and despite the current strong budgetary position. According to the AWG 2005 projections, public spending on first-pillar pensions (including public service pensions) is set to rise from 4.6% of GDP in 2004 to 11.1% in 2050. The rise is relatively continuous and stable over the whole period. Theoretical pension replacement rates are expected to stay stable until 2050 (78%

total net and 67% total gross – of which 31% from public pensions; currently only about 50% of the employed population is covered by occupational schemes).

Ireland has made progress in making provision for increasing the adequacy of pensions, and further steps have been announced recently by the Government which will have a particular impact on the poorest older pensioners, the majority of whom are women. Nevertheless, as set out in the 2006 Joint Report, extended coverage of supplementary pension provisions is important to ensure the effectiveness of the income replacement function of pension systems. Evidence suggests that despite Government initiatives, levels of supplementary pension coverage are at best static. Although Ireland has made good progress in increasing its older workforce, early retirement is still common, in particular for reasons of illness or disability. Further strengthening of incentives to work longer would contribute to ensuring future adequacy and sustainability. The Irish Government's commitment to allow a pension to be drawn, whilst continuing to work, could help improve flexibility in retirement.

The Irish Government is committed to accumulating a considerable reserve fund in order to partially pay for future liabilities, and thus make a significant contribution to financial sustainability, in the face of significant projected pensions expenditures in the future. Recent returns of the reserve fund (19.5% in 2005) are impressive and have taken the value of the fund to 11% of GDP. The commitment to monitoring the adequacy of contribution rates through regular actuarial reviews should help to react to any signs of adjustments being needed, and thus help to keep the system on a sustainable footing. A pensions green paper is expected in early 2007 setting out further possible steps for pension reform. A consultation process will follow the publication of the green paper and the Government will respond to these consultations by producing a framework for long-term pensions policy.

5. Health and long-term care

5.1. Health care

Description of the system: A National Health Service (NHS) provides care to all residents some of whom (medical card holders) are entitled to free care (primary, secondary, dental, ophthalmic, aural, maternal and infant care, medicines) based on income and age (70+). Non-medical card holders are subject to charges for consultations, inpatient, outpatient and emergency care and are not covered for dental, ophthalmic and aural care. The NHS is a mix of public and private provision. Primary health care (PHC) is delivered in health centres on the one hand, and in the private premises of general practitioners (GPs), pharmacists, dentists and optometrists, on the other. A GP referral gives access to specialist and hospital care which are available in hospitals' outpatient and inpatient departments. Public sector specialists also conduct private practice for outpatients. Most hospitals are publicly owned but private care can be provided in public hospitals. GPs are paid on a capitation basis for medical card patients and a fee-for-service for all others, whereas specialists' pay is salary based in hospitals and fee-for-service in the private sector. The NHS is mainly financed through general taxation. Private health insurance (duplicate, complementary and supplementary), mostly community-rated and run by the Voluntary Health Insurance Board (80% of market), covers 43.8% of the population. Highlighting health inequalities and barriers to access as serious challenges, authorities have goals to improve general health and reduce health inequalities through health promotion and to provide more easily accessible and equitable services that are better organised and integrated with social services, whilst enhancing system responsiveness and performance.

Accessibility: Data show that individual financial costs of care are rather high (private health care expenditure was 21.5% of total health care expenditure in 2004). To tackle this (over and above medical cards and an annual cap on hospital charges for all), authorities are extending free GP services to those around a threshold income. Moreover, they are introducing new legislation changing income guidelines and bringing further funding into the sector to increase the numbers of medical and free GP visit card holders. However, data show that GP numbers (3.1 per 100 000 inhabitants in 2004) are well below all other EU countries (e.g. 80.8 in England), which is clearly an obstacle to achieving appropriate and accessible PHC. The Irish authorities' response to this is the planned training of more GPs and expanding GP geographical coverage (including GP out-of-hours cooperatives), with 300 PHC teams expected by 2008. To address acute care shortages authorities are allocating funding to open new acute hospital beds and to contract with private facilities. The report highlights that appropriate long-term care outside the acute care setting can free additional beds. Emergency, renal and organ transplantation services will also receive additional funding. To reduce waiting times, the Irish authorities have set up the National Treatment Purchase Fund that collects data and pays for those waiting too long to be treated in private hospitals. A strong concern expressed in the report relates to substantial health inequalities: mortality was 3.5 higher in the lowest occupational class, chronic physical illness 2.5 times higher among the poor, infant mortality 3 times higher in poorer families, and travellers live 10-12 years less than the general population. Indicators are being defined for vulnerable groups and by socio-economic status (see further).

Quality: To improve quality the authorities are implementing quality standards together with a regulation and inspection regime. Legislation will establish the Health Information and Quality Authority (HIQA) and, to provide quality assurance, authorities will run a continuous accreditation system conducted by the Accreditation Board and a staff registration system. A national health information strategy is currently being implemented to develop standardised data sets and comparable indicators (on health status, health determinants, sector activity and financing) which authorities hope will support the planning and evaluation of services. In order to support the information system more emphasis will be placed on ICT. Authorities have allocated additional funding to the health research board to pursue research and evidence-based decision making. The HIQA will evaluate health technology. A customer charter and a complaints framework are planned, patients will be offered a choice of provider wherever possible, and an electronic health care record is planned. According to the report various fora (e.g. national consultative forum, regional health forums) are to provide opportunities for users, providers and staff to give feedback and be involved in decision making. To improve coordination between services and reduce fragmentation of management and delivery of care, the Health Service Executive was created, merging 11 previously separate and specialised agencies. ICT will support the links between services.

Long-term sustainability: Total health expenditure (7.2% of GDP and 2619 per capita PPP$ in 2004) is slightly below the EU average in GDP terms. It varied little throughout the decade, probably due to high GDP growth. Per capita expenditure increased rapidly between 1998-2002 (showing real rates of growth of between 9.8 and 11.2%). The share of public expenditure (78.5% of total expenditure in 2004) is around the EU average having increased in the last decade. The 2006 EPC/EC age-related projections foresee an increase in public expenditure of 2.0 percentage points of GDP by 2050. In this context, extra resources can be used to improve access and increase promotion and prevention activities whilst still achieving efficiency gains. The Irish authorities emphasise the need to enhance the use of PHC and daycase surgery while improving DRGs definition and DRG payment as a means of controlling costs and enhancing efficiency. They expect that the new organisational structure

and various plans will improve governance and accountability. Public-private partnerships are seen as opportunities to bring extra funding (capital investment) into the sector. With regards to health workers, a skills' monitoring report was published which authorities hope will help in the the long-term planning of the work force. Further developments have been the introduction of a health care-assistant training programme and an increase in the numbers of trained therapists, paramedics and nurses. New midwifery and children's nursing places are also planned to open. Highlighting the need to improve general health and reduce health inequalities, the authorities are implementing various promotion strategies addressing risk factors and specific diseases (e.g. smoking, alcohol, diet, exercise, cancer, drugs, aids, obesity, breastfeeding, suicide, mental health). Health promotion is to be implemented in a comprehensive manner using health impact assessment in all sectors, legislation, environment, education, health sector (e.g. access, immunisation, screening), inclusion/ anti-poverty, income, employment, and supply side (drinking and food industry) policies. It is to be conducted in different settings (e.g. schools, workplace).

5.2. Long-term care

Description of the system: Services include, alongside PHC and hospital care: home nursing, home help and care attendants, day centres, grants to adapt homes, meals-on-wheels, nutrition advice, therapy and rehabilitation, day hospitals, public residential care and private nursing homes. Services are provided in partnership with users, families and carers and a range of statutory, non-statutory, voluntary and community groups. Access is based on needs. Care in public facilities is free or almost free while a means-tested subvention is given to patients to pay for private nursing home care. There are some financial schemes for carers such as the carer's allowance for low income carers and the respite care grant. Care in the community is considered the preferred option by authorities both for the individual and on economic grounds. The goal is to maintain people in dignity and independence at home in accordance with their wishes; to support family, neighbours and voluntary bodies; and to provide hospital and residential care once this is no longer appropriate. Healthy ageing (promotion and prevention at older ages) is also a stated aim.

Accessibility: The report argues that public supply may be insufficient and private care may impose large financial burdens on patients and their families. Hence, to ensure equal access, authorities want to run a national standardised needs assessment with appropriate levels of co-payments and provide additional funding to expand the home care package and contract private services. Home care grants have been piloted as an alternative to residential care.

Quality: To ensure quality the report suggests that the HIQA will set national quality and safety standards for public services and a regulatory framework will define the standards in private nursing homes. Inspections are to be carried out, nurses will have full training and attendants will receive informal training. The report indicates that the National Council on Ageing and Older People advises on issues relating to older people with particularly regards to health care. The report also describes a number of databases and indicators related to disability and those at particular risk such as the 65+ and 75+ (influenza vaccination rates, waiting lists for certain procedures, and rates of residential care and home care use) A survey and report on long-stay care is conducted annually. Authorities expect that multidisciplinary teams will ensure integrated care.

Long-term sustainability: The 2006 EPC/EC age-related projections show an increase in public expenditure of 0.6 percentage points of GDP by 2050. Several reports have been

looking at ways of financing long-term care. A combined system of taxation, co-payments and social insurance or pre-funding mechanisms is one possibility.

6. Challenges ahead

- To ensure that the investment in services is sustained, delivered in an integrated manner along with welfare reforms and that it leads increasingly to more accessible and more flexible delivery attuned to the needs of those groups at greatest risk of poverty and exclusion, in particular to break the cycle of deprivation.

- To continue to promote active inclusion to ensure that the range of issues, including the necessary adaptation of services, associated with the significant ongoing levels of migration are effectively addressed

- To ensure the ongoing adequacy of income support for pensioners, in order to avoid their exclusion in a context of rapidly rising general living standards and to achieve a significantly wider coverage of supplementary private schemes, while taking due account of the long-term sustainability of public finances;

- To implement the set of measures that tackle major barriers to access (e.g. financial burden of care and long waiting times) and ensure more equitable access notably through enhancing nationwide availability of PHC, acute care, emergency and long-term care services; improve care coordination and integrated care,

- To achieve efficiency gains in service delivery whilst improving the health of population and reduce substantial health inequalities.

IRELAND: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	9.4	126.1
2002	6.0	132.3
2004	4.3	135.7
2006	5.3f	139.2f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	65.2	76.3	53.9	50.4	45.3
2002	65.5	75.4	55.4	47.6	48,0
2004	66.3	75.9	56.5	47.7	49.5
2005	67.6	76.9	58.3	48.7	51.6

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	4.2	4.3	4.2	6.8
2002	4.5	4.7	4.1	8.5
2004	4.5	4.9	4.1	8.9
2005	4.4	4.6	4.1	8.7

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	72.9	78.4	13.6	17.3	63.2	na	6.4
2000	73..9	79.1	14.6	17.8	63.3	66.9	6.2
2003	75.8	80.7	15.7	18.9	63.4e	65.4e	4.9

WHO	Total health exp %GDP	Public health exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop	Pop. Covered by PHI** % of pop
1995	6.8	71.6	-		
2000	6.2	73.9	13.6	100	43.8
2004	7.2	78.5	13.6		

e: estimate

*THE: Total Health Expenditures

**PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	18.8	26.5	36.2	15.3	12	5.2	4.8
2000	14.1	25.1	41	9.5	13.6	5.6	5.2
2004	17	23.3	42.1	8.3	15.5	5.5	5.3

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since 2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health Care	Long-term care
2005	16.5	15.5	4.7	5.3	0.6
2010	17.5	-0.1			
2030	28.3	3.3	3.1	1.2	0.1
2050	45.3	7.8	6.4	2	0.6

IRELAND: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2005	At-risk-of-poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities: S80/S20
Total	20	23	19	16	33	20	23	18	22	10	5,0
Male	19		17	15	30	21		19	22	12	
femal	21		20	17	36	19		17	22	10	

	People living in jobless households: Children Total	% of people aged 18-59* Total	Male	Female	Long-Term Unemployment rate: % of people aged 15-64 Total	Male	Female
1999	11.7	9.8	8.5	11.1	2.4	3,0	1.6
2004	11.8	8.6	7.2	10.1	1.6	2.0	1
2006	11.3	7.9	6.5	9.3	1.5	1.9	0.8

* *excluding students*

	Early school-leavers: % of people aged 18-24 Total	Male	Female
1999	na	na	na
2004	12.9p	16.1p	9.7p
2005	12.3p	14.9p	9.6p

p: provisional

SILC income 2005	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.654	0.663	0.647

SILC income 2005	Total	Male	Female
Aggregate replacement ratio	0.426	0.382	0.506

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Statutory pensions (or social security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Current Estimate (2002)	Assumption
0	0	3	DB	-3	DB	100	52	9.5	10-15	20.7

*:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

ΕΛΛΑΔΑ

1. Κατάσταση και κύριες τάσεις

Η πραγματική μεγέθυνση του ΑΕγχΠ παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα τα τελευταία χρόνια, παρά την επιβράδυνση που παρατηρήθηκε στην παγκόσμια οικονομία. Αν και η μείωση της πραγματικής ετήσιας αύξησης του ΑΕγχΠ (από 4,7% το 2004 σε 3,7% το 2005), οι πραγματικοί ρυθμοί ανάπτυξης του ΑΕγχΠ υπερέβησαν, κατά πολύ, τους αντίστοιχους μέσους όρους της ΕΕ-25 (2,3% το 2004 και 1,7% το 2005). Επιπλέον, οι προβολές για την περίοδο 2006-2007 δείχνουν ότι η μεγέθυνση θα παραμείνει υψηλή (3,5% και 3,4%, Eurostat).

Η έντονη εγχώρια οικονομική δραστηριότητα δεν οδήγησε, ωστόσο, στην αναμενόμενη αύξηση της απασχόλησης. Το συνολικό ποσοστό απασχόλησης παρουσίασε σταδιακή αύξηση τα τελευταία χρόνια, αλλά το 2005 παρέμεινε κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ-25 κατά 3,7 ποσοστιαίες μονάδες (60,1% έναντι 63,8%). Η διαφορά είναι μεγαλύτερη όσον αφορά τα ποσοστά απασχόλησης των νέων και των γυναικών (25% το 2005 έναντι 36,8% και 46,1% έναντι 56,3% αντίστοιχα), ενώ το ποσοστό απασχόλησης των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας είναι κοντά στο μέσο όρο της ΕΕ-25. Το ποσοστό ανεργίας, αφού έφθασε μια μέγιστη τιμή 12% το 1999, το 2005 μειώθηκε στο 9,8%, αλλά εξακολουθεί να είναι υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ-25. Επίσης, η ανεργία συνεχίζει να πλήττει κυρίως τους νέους και τις γυναίκες, των οποίων τα ποσοστά ανεργίας εξακολουθούν να είναι σημαντικά υψηλότερα από το μέσο όρο της ΕΕ-25. Παρομοίως, το ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας, παρά τη μέτρια τάση μείωσης τα τελευταία χρόνια, παραμένει υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ-25.

Οι συνολικές δαπάνες κοινωνικής προστασίας ως ποσοστό του ΑΕγχΠ έφθασαν το μέσο όρο της ΕΕ-25 το 2001 και, παρά το ότι μειώνονται ελαφρά από τότε, εξακολουθούν να είναι κοντά στο μέσο όρο της ΕΕ-25, με 26% έναντι 27,3% το 2003. Ωστόσο, το 2004 η Ελλάδα γνωστοποίησε ότι το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν «κίνδυνο φτώχειας» μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις ήταν 20% έναντι 16% που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ-25, ενώ οι διαφορές για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ήταν ακόμη μεγαλύτερες (28% έναντι 18%). Οι δαπάνες για συντάξεις ήταν λίγο υψηλότερες από το μέσο όρο της ΕΕ-25, και έφτασαν το 12,9% του ΑΕγχΠ το 2004, αλλά προβλέπεται ότι θα αυξηθούν πολύ έως το 2050. Το ποσοστό εξάρτησης των ηλικιωμένων θα αυξηθεί από το μέτριο επίπεδο του 26,8% το 2005 στο 58,8% το 2050, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ.

Το 2004 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα ήταν 76,6 έτη για τους άνδρες και 81,5 για τις γυναίκες, που είναι από τα υψηλότερα της ΕΕ-25, παρουσιάζοντας σημαντική αύξηση από το 1995 και έπειτα. Το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης ήταν μεγαλύτερο από τους αντίστοιχους μέσους όρους της ΕΕ-25, δηλαδή 66,7 έτη έναντι 64,5 ετών για τους άνδρες και 68,4 έναντι 66 ετών για τις γυναίκες. Η βρεφική θνησιμότητα ήταν μικρότερη από το μέσο όρο της ΕΕ-25, με 3,9% έναντι 4,5% το 2004. Παράλληλα, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕγχΠ, φαίνεται ότι έχουν σταθεροποιηθεί τα τελευταία χρόνια και το 2004 ήταν πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ-25, με 9,8% έναντι 8,87% (βάση δεδομένων WHO-HFA). Από την άλλη πλευρά, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης υπολείπονται του μέσου όρου της ΕΕ-25, με 2.011 το 2003 έναντι 2.266, ενώ οι υψηλές δαπάνες για την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη – που αποτελούν σχεδόν το ήμισυ των συνολικών δαπανών (48,3% το 2004 έναντι 24,1% του μέσου όρου της ΕΕ-25) – μπορεί να συνεπάγονται ανισότητες στην πρόσβαση για τις ευάλωτες ομάδες.

2. Συνολική στρατηγική προσέγγιση

Τα τελευταία χρόνια αναγνωρίστηκε ότι είναι αναγκαία η αναπροσαρμογή της κοινωνικής πολιτικής. Κατά συνέπεια καταβάλλονται προσπάθειες για τη βελτίωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και ειδικότερα της ικανότητας κάλυψης των υφιστάμενων και των νέων αναγκών όλων των πολιτών που διατρέχουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας. Η στρατηγική που ανακοινώθηκε στην εθνική έκθεση σχετικά με τις στρατηγικές ακολουθεί το σκεπτικό του προηγούμενου εθνικού σχεδίου δράσης για την κοινωνική ένταξη και βασίζεται σε συγκεκριμένες εθνικές προκλήσεις, λαμβάνοντας υπόψη τα συμπεράσματα των εκθέσεων για τις συντάξεις, την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα. Στο πλαίσιο αυτό έχουν προσδιοριστεί τρεις στρατηγικές προτεραιότητες: α) καλύτερη διακυβέρνηση, β) προώθηση της απασχόλησης και καταπολέμηση της ανεργίας στις ευάλωτες ομάδες μέσω της αναβάθμισης των ικανοτήτων τους και γ) διασφάλιση αξιοπρεπούς κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ζωής και υψηλής ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών για όλους, ιδίως όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία, την κοινωνική ασφάλιση και τα συστήματα προστασίας. Η στρατηγική προσέγγιση και οι βασικές προκλήσεις που έχουν προσδιοριστεί αποτελούν βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση. Ωστόσο, η σύνδεση των στρατηγικών προτεραιοτήτων με τις προτεινόμενες παρεμβάσεις δεν είναι πάντοτε ικανοποιητική. Επιπλέον, απαιτούνται περαιτέρω προσπάθειες με σκοπό να εγκριθεί και να εφαρμοστεί μια στρατηγική η οποία θα καλύπτει πλήρως και τους τρεις πρωταρχικούς στόχους της ανοικτής μεθόδου συντονισμού για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη. Η βούληση να επιτευχθεί ο στόχος της διακυβέρνησης είναι προφανής· ωστόσο η υλοποίηση των παρεμβάσεων που υποβλήθηκαν είχε ήδη ανακοινωθεί στα προηγούμενα ΕΣΔ και φαίνεται ότι σημειώνονται καθυστερήσεις. Από την άλλη πλευρά, η εθνική έκθεση προβλέπει τη διασύνδεση με τη στρατηγική της Λισαβόνας και δίνει έμφαση στη βελτίωση της απασχολησιμότητας των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων. Επίσης, καταβάλλονται ήδη προσπάθειες για την καλύτερη αντιμετώπιση του ζητήματος της ένταξης των μεταναστών. Για πρώτη φορά υιοθετήθηκε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία, εάν εφαρμοστεί γρήγορα και πλήρως αναμένεται να συμβάλει στην ομαλή πρόοδο της ένταξης των μεταναστών. Επιπλέον, καταβάλλεται αξιοσημείωτη προσπάθεια για να συνδεθεί η εθνική έκθεση με τις παρεμβάσεις που αυτή τη στιγμή υλοποιούνται και συγχρηματοδοτούνται από το ΕΚΤ. Ο ρόλος της συμβολής αυτής στην επίτευξη των πρωταρχικών στόχων θεωρείται αδιαμφισβήτητος. Ωστόσο, η μεγαλύτερη σαφήνεια θα ήταν προς όφελος της σύνδεσης με το εθνικό στρατηγικό πλαίσιο αναφοράς (ΕΣΠΑ) 2007-2013, επειδή πολλές από τις προβλεπόμενες παρεμβάσεις θα ζητήσουν τη συγχρηματοδότηση του ΕΚΤ.

3. Κοινωνική ένταξη

3.1 Κύριες τάσεις

Η μεγάλη οικονομική μεγέθυνση των τελευταίων ετών δεν οδήγησε στην αναμενόμενη αύξηση της απασχόλησης, αλλά η διατηρήσιμη υψηλή μεγέθυνση σε συνδυασμό με τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις αναμένεται να αποδώσουν θετικά αποτελέσματα. Το συνολικό ποσοστό της απασχόλησης αυξήθηκε σταδιακά κατά τα τελευταία χρόνια, αλλά κατά το 2005 εξακολουθούσε να υπολείπεται του μέσου όρου της ΕΕ-25 κατά 3,7 ποσοστιαίες μονάδες. Η διαφορά είναι πολύ μεγαλύτερη για τις γυναίκες και τους νέους. Το συνολικό ποσοστό της ανεργίας έχει μειωθεί κατά τα τελευταία χρόνια, αλλά εξακολουθεί να παραμένει υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ-25 (9,8% το 2005 έναντι 8,8%). Το ποσοστό ανεργίας των νέων κατά το 2005 ήταν 26% έναντι του 18,6% μέσου όρου της ΕΕ-25 και το ποσοστό ανεργίας των γυναικών ήταν 15,3% έναντι 9,9%. Παρομοίως, το ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας,

παρά τη μέτρια μείωσή του κατά τα τελευταία χρόνια, παραμένει υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ-25 (5,1% έναντι 3,9% το 2005).

Όσον αφορά την εκπαίδευση και τη διά βίου μάθηση, το 2005 το ποσοστό των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών ήταν 23,1% έναντι του 22% μέσου όρου της ΕΕ-25, ενώ η διαφορά για τις μεγαλύτερες γενιές είναι πολύ υψηλότερη (83% έναντι 66,1% για την ηλικιακή ομάδα 65+). Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 15 ετών με χαμηλές επιδόσεις στην ικανότητα ανάγνωσης ήταν ένα από τα υψηλότερα στην ΕΕ, φτάνοντας το 2003 το 25,2% έναντι του 19,8%. Από την άλλη πλευρά, το συνολικό ποσοστό των ατόμων που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο ήταν χαμηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ το 2005, 13,3% έναντι 14,9%. Το ποσοστό συμμετοχής στη διά βίου μάθηση είναι πολύ χαμηλό, 1,8% έναντι του 11% μέσου όρου της ΕΕ-25. Δεδομένου ότι οι δαπάνες για την παιδεία εξακολουθούν να είναι μικρότερες από το μέσο όρο της ΕΕ-25, φαίνεται ότι οι επενδύσεις στην εκπαίδευση, καθώς και η δημιουργία κινήτρων για να δοθεί ώθηση στη συμμετοχή στη διά βίου μάθηση, αποτελούν προτεραιότητα.

Κατά την τελευταία δεκαετία είναι προφανές ότι καταβάλλονται προσπάθειες για να βελτιωθεί και να επεκταθεί το σύστημα κοινωνικής προστασίας, όσον αφορά την ποσότητα και την ποιότητα και εν μέρει αντικατοπτρίζονται στην αύξηση των δαπανών για την κοινωνική προστασία ως ποσοστού του ΑΕγχΠ, οι οποίες έφτασαν το μέσο όρο της ΕΕ-25 το 2001. Παρά τη μέτρια τάση μείωσης έκτοτε, παραμένουν κοντά στο μέσο όρο της ΕΕ-25, φτάνοντας το 2003 το 26% έναντι 27,3%. Παρ' όλ' αυτά, ο αντίκτυπός τους στη σχετική μείωση του ποσοστού των ατόμων που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της φτώχειας ήταν περιορισμένος, μόνο 3 ποσοστιαίες μονάδες έναντι 9 που ήταν ο μέσος όρος στην ΕΕ-25. Το 2004, το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της φτώχειας ήταν 20% έναντι του μέσου όρου 16% της ΕΕ-25, ενώ το σχετικό χάσμα διάμεσου εισοδήματος ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας ήταν 25%. Το ποσοστό των Ελλήνων ηλικίας 65+ που αντιμετώπιζε κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις ήταν αρκετά πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ-25, δηλαδή 28% το 2004 έναντι 18%, ενώ τα ποσοστά όσων εργάζονταν και όσων δεν εργάζονταν ήταν αντίστοιχα 13% και 26%, έναντι των μέσων όρων 9% και 23% της ΕΕ-25. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά αυτά θα ήταν πιθανώς χαμηλότερα εάν είχε ληφθεί υπόψη το ποσοστό ιδιόκτητης κατοικίας μεταξύ εκείνων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας. Η Ελλάδα παρουσιάζει μία από τις πιο άνισες κατανομές εισοδήματος μεταξύ των κρατών της ΕΕ-25 (λόγος πεμπτημορίων S80/S20: 6,0 το 2004). Επιπλέον, ***πρέπει να σημειωθεί ότι*** η Ελλάδα δεν έχει υιοθετήσει ούτε επίσημο όριο φτώχειας ούτε ένα σύστημα ελάχιστου εισοδήματος για όλο τον πληθυσμό. Τα υπάρχοντα συστήματα στήριξης του εισοδήματος καλύπτουν συγκεκριμένες ομάδες που θεωρείται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

3.2 Κύριες προκλήσεις και προτεραιότητες

Η στρατηγική για την κοινωνική ένταξη προσδιορίζει τέσσερις στρατηγικές προτεραιότητες, οι οποίες είναι α) η ενίσχυση της απασχόλησης, ιδίως των γυναικών, των νέων, των μακροχρόνια ανέργων και των ευάλωτων ομάδων· β) η αντιμετώπιση της μειονεκτικής θέσης ατόμων και ομάδων όσον αφορά την εκπαίδευση και την κατάρτιση· γ) η ενίσχυση της οικογένειας και η υποστήριξη των ηλικιωμένων· και δ) η προώθηση της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με αναπηρία, των μεταναστών και των ατόμων και ομάδων με πολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες. Παρά το γεγονός ότι οι προτεραιότητες που έχουν τεθεί στοχεύουν προς τη σωστή κατεύθυνση, απαιτούνται περαιτέρω προσπάθειες για μια ολοκληρωμένη και εξορθολογισμένη στρατηγική προσέγγιση. Η σύνδεση μεταξύ των στρατηγικών προτεραιοτήτων και των προτεινόμενων παρεμβάσεων δεν είναι πάντοτε

ικανοποιητική, ενώ ο στόχος «διακυβέρνηση» της κοινωνικής ένταξης αντιμετωπίζεται μόνο εν μέρει. Εκτός από την αξιοσημείωτη εξαίρεση των τριών συγκεκριμένων στόχων που πρέπει να επιτευχθούν έως το 2010 (ποσοστό απασχόλησης 64,1%, ποσοστό βάθος κινδύνου φτώχειας 20% και ποσοστό ατόμων που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο κάτω του 10%), το σχέδιο δεν έχει άλλους συγκεκριμένους ποσοτικούς στόχους. Επιπλέον, δεν αναφέρεται στη διαθεσιμότητα των δημοσιονομικών και των ανθρώπινων πόρων που θεωρούνται αναγκαίοι για την επιτυχημένη υλοποίησή του και δεν προσφέρει καμία προαξιολόγηση. Επομένως, παρά το γεγονός ότι προσδιορίζονται σωστά οι κύριες προκλήσεις, το μέρος της έκθεσης που αφορά την κοινωνική ένταξη θα μπορούσε να γίνει περισσότερο λειτουργικό, εάν οι προτεραιότητες και τα μέτρα που διατυπώνονται σ' αυτό συνδέονταν καλύτερα με συγκεκριμένους ποσοτικούς στόχους και μέσα. Κάτι τέτοιο θα διευκόλυνε επίσης την εκ των προτέρων και την εκ των υστέρων αξιολόγηση της στρατηγικής.

Όσον αφορά τις προκλήσεις που προσδιορίστηκαν το 2006, ο περιορισμένος αριθμός των ενεργειών που αναλήφθησαν για τη βελτίωση της διακυβέρνησης και την κινητοποίηση όλων των ενδιαφερομένων μερών δεν έχει ακόμη αποδώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Οι αδυναμίες στο συντονισμό, στην παρακολούθηση και στην αξιολόγηση των παρεμβάσεων της κοινωνικής πολιτικής έχουν περιορίσει έως τώρα την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά τους. Από την άλλη πλευρά, παρατηρήθηκε αριθμητική αύξηση των δομών για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης και φροντίδας σε όλη τη χώρα. Επιπλέον, με την ψήφιση ενός νέου νόμου σημειώθηκε κάποια πρόοδος όσον αφορά την ενσωμάτωση των μεταναστών και την προώθηση της πολυπολιτισμικότητας. Ωστόσο, για να επιτύχουν όλα αυτά είναι πολύ σημαντικό να υπάρξει σωστή και αποτελεσματική υλοποίηση. Πρωταρχικό μέλημα είναι η αναβάθμιση και η επέκταση της παροχής υπηρεσιών στις πιο ευάλωτες ομάδες. Για το λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντικό να αυξηθεί η αποδοτικότητα των δαπανών για την κοινωνική προστασία. Ορισμένες προκλήσεις που απομένει να αντιμετωπιστούν είναι να επεκταθεί το «δίχτυ ασφαλείας» σε όλες τις ομάδες που ζουν σε συνθήκες φτώχειας και να αναπτυχθεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την παιδική φτώχεια και τους φτωχούς εργαζόμενους. Τέλος, για τη διασύνδεση με τις παρεμβάσεις των διαρθρωτικών ταμείων στο μέλλον θα ήταν καλύτερα εάν υπήρχε μεγαλύτερη σαφήνεια, δεδομένου ότι πολλές από τις προβλεπόμενες παρεμβάσεις στον τομέα της κοινωνικής ένταξης θα ζητήσουν τη συγχρηματοδότηση του ΕΚΤ.

3.3 Μέτρα πολιτικής

Κατά τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί τα δραστικά μέτρα όσον αφορά την απασχόληση για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και βρίσκονται σε εξέλιξη αρκετά ολοκληρωμένα σχέδια δράσης για συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Υψηλή προτεραιότητα έχει η περαιτέρω αναδιάρθρωση των δημόσιων υπηρεσιών απασχόλησης με τη μετατροπή τους σε υπηρεσίες ενιαίας εξυπηρέτησης, σε συνδυασμό με δραστικότερες πολιτικές προσαρμοσμένες στις τομεακές ανάγκες και στις ανάγκες των ευάλωτων ομάδων. Η δημιουργία ενός Ταμείου Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την παροχή οικονομικής υποστήριξης και ενθάρρυνσης στην επανένταξη στην αγορά εργασίας των μεγαλύτερων σε ηλικία ανέργων, κυρίως των θυμάτων της αναδιάρθρωσης, αποτελεί αυτή τη στιγμή αντικείμενο διαλόγου μεταξύ των κοινωνικών εταίρων. Επιπλέον, στην έκθεση εκφράζεται η βούληση να γίνεται ο σχεδιασμός των πολιτικών με βάση τις τοπικές ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των περιφερειακών αγορών εργασίας.

Στο ευρύτερο πλαίσιο του καλύτερου σχεδιασμού και της καλύτερης υλοποίησης των πολιτικών για την εκπαίδευση και την κατάρτιση, καθώς και της καλύτερης προσαρμογής τους στις ανάγκες των ευάλωτων ομάδων, παρεμβάσεις όπως η «ενισχυτική διδασκαλία» και

τα «διαπολιτισμικά σχολεία» θα συνεχιστούν και θα καταβληθούν περαιτέρω προσπάθειες στον τομέα της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση των ενηλίκων θα προωθηθεί περαιτέρω με τη δημιουργία ενός τουλάχιστον σχολείου δεύτερης ευκαιρίας και ενός κέντρου εκπαίδευσης ενηλίκων σε κάθε δήμο.

Η πρόοδος όσον αφορά την υποστήριξη της οικογένειας και των ηλικιωμένων επιταχύνθηκε με τη δημιουργία, σε επίπεδο δήμων, δομών παροχής υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας και άλλων σχετικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα για τις ομάδες που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Η θεσμοθέτηση συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης, όπως η «βοήθεια στο σπίτι» και η «φροντίδα των παιδιών», σε συνδυασμό με τη συγχρηματοδότηση του ΕΚΤ, βελτίωσαν την παροχή των υπηρεσιών αυτών. Ωστόσο, η εξασφάλιση της χρηματοοικονομικής τους βιωσιμότητας εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση. Όσον αφορά την ενσωμάτωση της διάστασης του φύλου, τα τελευταία χρόνια εφαρμόζονται όλο και περισσότερο κριτήρια προτεραιότητας για τη συμμετοχή των γυναικών, αλλά υπάρχει ακόμη μεγάλο περιθώριο προόδου. Επιπλέον, η έκθεση αναφέρεται αόριστα στην πολιτική βούληση για την υλοποίηση παρεμβάσεων σχετικά με τα νοικοκυριά χωρίς κανένα εργαζόμενο μέλος.

Κατά τα τελευταία χρόνια, τα μέτρα ενίσχυσης του εισοδήματος καλύπτουν περισσότερες κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, παρέχοντας ενίσχυση του εισοδήματος ανά κατηγορία πληθυσμού, η οποία σταδιακά βελτιώνεται. Ωστόσο, δεν μπορεί ακόμη να διαμορφωθεί ένα «δίχτυ ασφάλειας» για όλα τα άτομα που βρίσκονται σε ανάγκη, ενώ παράλληλα δεν υφίσταται εθνικό σύστημα ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος. Επιπλέον, οι προσεγγίσεις από τη βάση προς τα πάνω και με επίκεντρο το χρήστη, οι ανοικτές διαδικασίες και ο κοινωνικός διάλογος που θα μπορούσαν να βελτιώσουν τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων μερών δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμη αρκετά στο πλαίσιο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η επιλεγείσα παρέμβαση που αποσκοπεί στην προαγωγή της υγείας και της κοινωνικής ένταξης των ελλήνων τσιγγάνων, αποτελεί πράγματι καλό παράδειγμα ολοκληρωμένου, και κατά συνέπεια καινοτόμου, προγράμματος δράσης. Παρ' όλ' αυτά, λόγω της σπανιότητας των αξιολογήσεων του αντικτύπου για τα εφαρμοζόμενα μέτρα και γνωρίζοντας ότι στην πραγματικότητα πρέπει να γίνουν ακόμη πολλά για να αντιμετωπιστεί σε ικανοποιητικό βαθμό το θέμα της βελτίωσης της κατάστασης των ελλήνων τσιγγάνων, η συγκεκριμένη παρέμβαση δεν μπορεί να θεωρηθεί αδιαμφισβήτητα ορθή πρακτική.

Παρά τα θετικά βήματα, οι έως τώρα προσαρμογές των κοινωνικών πολιτικών δεν έχουν κατορθώσει να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα πολυδιάστατα προβλήματα και τις ανάγκες στον τομέα της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Τα περισσότερα από τα μέτρα που έχουν ληφθεί μοιάζουν αποσπασματικά, καθώς οι κατάλληλοι θεσμικοί μηχανισμοί για την διευκόλυνση της υιοθέτησης μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης βρίσκονται ακόμη σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης. Τα κύρια μέτρα πολιτικής που υποβλήθηκαν βρίσκονται στη σωστή κατεύθυνση και είναι σωστά στοχοθετημένα. Ωστόσο, η έκθεση δεν θέτει ποσοτικοποιημένους στόχους και δεν παρέχει πληροφορίες σχετικά με τους συναφείς πόρους και τη διαθεσιμότητά τους. Η συνέργεια και η στενή αλληλεπίδραση των διαφόρων μέτρων, καθώς και ο συντονισμός των αρμόδιων φορέων πρέπει να ενισχυθούν περισσότερο. Στο σχέδιο είναι προφανής η βούληση για δέσμευση και συνέχιση των προσπαθειών με σκοπό την εξασφάλιση ενός αποδοτικού και ισότιμου συστήματος κοινωνικής προστασίας, το οποίο, εάν υλοποιηθεί πλήρως, θα μπορούσε να συμβάλλει στην ανακούφιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

3.4 Διακυβέρνηση

Η προπαρασκευή της εθνικής έκθεσης για τις στρατηγικές συντονίστηκε από τον υπουργό Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, ο οποίος είχε θέσει ως προτεραιότητα την εμπλοκή όλων των σχετικών φορέων. Κατά το προπαρασκευαστικό στάδιο εστάλησαν ερωτηματολόγια σε όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη. Στη συνέχεια διοργανώθηκαν στρογγυλά τραπέζια με τους κοινωνικούς εταίρους, τις ΜΚΟ και την κοινωνία των πολιτών και, κατόπιν, υποβλήθηκε ένα σχέδιο έκθεσης από το γενικό γραμματέα του Υπουργείου Απασχόλησης στην εθνική οικονομική και κοινωνική επιτροπή. Υπό ιδανικές συνθήκες η έκθεση θα έπρεπε, προτού οριστικοποιηθεί, να συζητηθεί στο πλαίσιο της εθνικής επιτροπής κοινωνικής προστασίας, ενώ ένας ευρύτερος κοινωνικός διάλογος μετά την παρουσίαση του σχεδίου θα ήταν καλοδεχούμενος.

Οπωσδήποτε, η διαπίστωση της ανάγκης βελτίωσης της διακυβέρνησης, ως συνολικής στρατηγικής προτεραιότητας, είναι ένα καλό ξεκίνημα για τη χάραξη μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για την κοινωνική ένταξη. Πλην όμως η βασική πρόκληση παραμένει η υλοποίηση της πολιτικής. Η δημιουργία του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Προστασίας με αποστολή τη διατύπωση προτάσεων στον τομέα της χάραξης πολιτικής για την κοινωνική προστασία, την παρακολούθηση και αξιολόγηση της αναληφθείσας δράσης και την εκπόνηση ετήσιων μελετών για την κοινωνική κατάσταση είναι ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση. Ωστόσο, ανησυχητική είναι η καθυστέρηση στη λειτουργία του εν λόγω οργάνου.

4. Συντάξεις

Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν ένα βιοτικό επίπεδο που πλησιάζει αρκετά αυτό του γενικού πληθυσμού (79% το 2004), ενώ, σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής SILC (στατιστικές για τα εισοδήματα και τις συνθήκες διαβίωσης) για το 2004, το ποσοστό φτώχειας των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω ανέρχεται στο 28% (αλλά με πολύ μικρή διαφορά ως προς το φύλο), δηλαδή 10 ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερο από τον κίνδυνο φτώχειας που διατρέχουν τα άτομα ηλικίας 0-64 ετών

Η έκθεση του 2006 για τη βιωσιμότητα κατατάσσει την Ελλάδα στα κράτη μέλη υψηλού κινδύνου ως προς τη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών, κυρίως λόγω της αναμενόμενης μεγάλης αύξησης των δαπανών που αφορούν την ηλικία και λόγω του υψηλού χρέους. Σύμφωνα με τις δημοσιονομικές προβολές που έγιναν στην ομάδα εργασίας για τη γήρανση του πληθυσμού (AWG) το 2001, οι δαπάνες για τις συντάξεις προβλέπεται να διπλασιαστούν σχεδόν και να φθάσουν το 24,8% του ΑΕγχΠ το 2050. Σύμφωνα με τις προβολές της ISG (προσωρινής καθοδηγητικής ομάδας) για τους εργαζομένους που συμπληρώνουν πλήρη σταδιοδρομία με 40 έτη εισφορών, το συνολικό καθαρό ποσοστό αναπλήρωσης στην ηλικία των 65 ετών αναμένεται να μειωθεί κατά 9 ποσοστιαίες μονάδες έως το 2050, από ένα καθαρό 115% *που είναι σήμερα* (ακαθάριστο 105%) σε 106%, δηλαδή και πάλι θα υπερβαίνει το 100%. Αν, αντί για τα 40 έτη εισφορών, λάβουμε υπόψη τον τρέχοντα σταθμισμένο μέσο όρο των 25 ετών εισφορών και, αντί για ηλικία συνταξιοδότησης τα 65 έτη, λάβουμε υπόψη την τρέχουσα σταθμισμένη μέση ηλικία συνταξιοδότησης των 60 ετών, τότε το ποσοστό αναπλήρωσης της κύριας σύνταξης είναι 33%. Στην περίπτωση αυτή υπολογίζεται αναλογικά μείωση του ποσού της επικουρικής σύνταξης.

Στην κοινή έκθεση του 2006 για την απασχόληση τονίστηκε ότι η υλοποίηση της μεταρρύθμισης του 2002 θεωρείται ζωτικής σημασίας τόσο για τον εκσυγχρονισμό του συνταξιοδοτικού συστήματος και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης σε αυτό, όσο και για να προλειάνει το έδαφος για πρόσθετες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, ορισμένες πτυχές των

οποίων έχουν ήδη δρομολογηθεί. Για να μπορέσει το σύστημα των συντάξεων να ανταποκριθεί στη σημαντική δημοσιονομική πρόκληση της γήρανσης, πρέπει να συνεχιστεί και να ενισχυθεί η διαδικασία μεταρρύθμισης των συντάξεων. Εν αναμονή πρόσθετων μεταρρυθμίσεων, που εξαρτώνται από τα αποτελέσματα του κοινωνικού διαλόγου που ξεκίνησε πρόσφατα, η βιωσιμότητα του συστήματος στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση των ποσοστών απασχόλησης και στον περιορισμό της εισφοροδιαφυγής. Πρόκληση αποτελεί και η ενοποίηση του κατακερματισμένου συστήματος συντάξεων. Πρόσφατα μέτρα, όπως η ενοποίηση διάφορων ταμείων, είναι στη σωστή κατεύθυνση. Σύμφωνα με τα τελευταία νέα υπάρχουν εξελίξεις στην ανάπτυξη των συστημάτων επαγγελματικής σύνταξης, οι οποίες θα μπορούσαν να συντελέσουν στη βελτίωση της επάρκειας των συντάξεων και να λειτουργήσουν ως κίνητρο για την παράταση του επαγγελματικού βίου. Παρότι οι περισσότερες πρόσφατες μεταρρυθμίσεις λειτούργησαν ως κίνητρα για την παράταση του επαγγελματικού βίου, είναι απαραίτητο να ληφθούν πρόσθετα μέτρα για την αύξηση των ποσοστών απασχόλησης, ιδίως για τις γυναίκες και τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας. Εξάλλου, πρέπει να συνεχιστούν με ταχύτερο ρυθμό και οι συνολικές προσπάθειες για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των συντάξεων.

5. Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα

5.1 Υγειονομική περίθαλψη

Περιγραφή του συστήματος: Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται στη συνύπαρξη του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ), δηλαδή ενός συστήματος υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης και συστημάτων εθελοντικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το σύνολο του πληθυσμού καλύπτεται από το ΕΣΥ και μια πληθώρα ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Το 8% του πληθυσμού διαθέτει συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από μονάδες του ΕΣΥ, από μονάδες που ανήκουν στα ασφαλιστικά ταμεία και από το συμβεβλημένο με ασφαλιστικά ταμεία ιδιωτικό τομέα. Η μεταρρύθμιση του θεσμικού πλαισίου με σκοπό την αποκέντρωση του ΕΣΥ σε περιφερειακό επίπεδο αναδιαμορφώθηκε. Τα αρχικά Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕΣΥ), που δεν είχαν δικούς τους προϋπολογισμούς, αντικαταστάθηκαν από τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) παρέχεται από τα κέντρα ΠΦΥ, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ και από τις μονάδες ΠΦΥ που ανήκουν στο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο (ΙΚΑ). Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στα γενικά και εξειδικευμένα νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται σχεδόν ισότιμα από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους. Οι δημόσιες δαπάνες χρηματοδοτούνται από τους φόρους και τις εισφορές της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης. Οι εθελοντικές πληρωμές από άτομα ή εργοδότες αντιπροσωπεύουν υψηλό ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία (το 48,3% το 2004). Ο προϋπολογισμός του ΕΣΥ καταρτίζεται ετησίως. Οι φόροι αναλογούν στο 70% περίπου της συνολικής χρηματοδότησης των νοσοκομείων και το υπόλοιπο 30% είναι ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών πόρων που συνδυάζει εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και ποσά που εκταμιεύονται γι'αυτόν το σκοπό. Η εθνική στρατηγική αποβλέπει στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας τόσο των συστημάτων υγείας όσο και των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας και στην επέκταση του πεδίου της ΠΦΥ. Φαίνεται να υπάρχει αλληλεξάρτηση της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας φροντίδας με αποτέλεσμα τα προβλήματα συντονισμού στο ένα σύστημα να επηρεάζουν αρνητικά το άλλο.

Προσβασιμότητα: Η πρόσβαση όλου του πληθυσμού είναι κατοχυρωμένη από το νόμο και το ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού είναι υψηλό. Παρά την απαγόρευση των διακρίσεων, εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα στην πρόσβαση λόγω των γεωγραφικών διαφορών

και της ανομοιογενούς διασποράς σε υποδομές και ιατρικό προσωπικό. Στις προσπάθειες για τη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών περιλαμβάνεται ο εκσυγχρονισμός-συμπλήρωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η δημιουργία νέων εξειδικευμένων τμημάτων (μονάδες εντατικής θεραπείας και αιμοκάθαρσης) και οι προσπάθειες για βελτιωμένη στελέχωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Έκτακτοι πόροι διατέθηκαν για την αύξηση της χωρητικότητας και την κατανομή των υπηρεσιών (συμπεριλαμβανομένων των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της νοσοκομειακής περίθαλψης). Οι αυξημένες δαπάνες για την υγεία, σε συνδυασμό με την απορρόφηση των διαρθρωτικών ταμείων (3ο ΚΠΣ), είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων νοσοκομείων και την προσθήκη κλινών στο ΕΣΥ. Τα μέτρα αυτά αποσκοπούν στη βελτίωση της γενικότερης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ενώ αντιμετωπίζουν και τις περιφερειακές ανισότητες λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας πολλών νησιών. Οι ήδη υψηλές και αυξανόμενες δαπάνες στον τομέα της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας – σχεδόν το ήμισυ των δαπανών – σημαίνει ότι υπάρχουν ανισότητες στην πρόσβαση ευάλωτων ομάδων. Σε εξέλιξη βρίσκονται η μεταρρύθμιση του θεσμικού πλαισίου με έμφαση στην ΠΦΥ, η διαρθρωτική ένταξη του οικογενειακού γιατρού στο δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας και η ένταξη των υγειονομικών υποδομών των ασφαλιστικών οργανισμών στο σύστημα ΠΦΥ.

Ποιότητα: Οι αρχές αναγνωρίζουν την ανάγκη διαμόρφωσης ενός ολοκληρωμένου θεσμικού και ενιαίου πλαισίου για τον έλεγχο της ποιότητας. Τα προβλήματα της μειωμένης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας αφορούν κυρίως το νοσοκομειακό τομέα. Μια προτεραιότητα είναι η γενικευμένη χρήση των ΤΠΕ, η βελτίωση της συλλογής δεδομένων και η ανταλλαγή πληροφοριών. Για την αντιμετώπιση της ελλιπούς μηχανογράφησης, δίνεται έμφαση στη διαμόρφωση ενός εθνικού συστήματος πληροφοριών υγείας (ΕΣΠΥ) για τη συλλογή δεδομένων. Πρόκειται δε να ψηφιστεί νομοσχέδιο για την καθιέρωση μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας, της διαπίστευσης και της επιθεώρησης, καθώς και για την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς (συνήγορος του πολίτη για την υγεία) και την προώθηση προληπτικών μέτρων.

Μακροχρόνια βιωσιμότητα: Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕγχΠ (9,8% το 2004) βρίσκονται πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ[41], ενώ τα τελευταία έτη παρουσιάζουν σταθερότητα. Από τις συνολικές δαπάνες για την υγεία το 51,7% το 2004 ήταν δημόσιες δαπάνες, δηλαδή πόροι προερχόμενοι από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Το υπόλοιπο 48,3% των συνολικών δαπανών για την υγεία προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές ενώ το 46% των συνολικών δαπανών για την υγεία συνίσταται σε απευθείας πληρωμές. Σύμφωνα με τις προβολές της ΕΟΠ/ΕΚ (Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής/Ευρωπαϊκή Επιτροπή) του 2006 οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία πρόκειται να αυξηθούν κατά 1,7 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕγχΠ έως το 2050 λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Το μικτό σύστημα χρηματοδότησης (κράτος, ασφάλιση υγείας, ιδιωτική ασφάλιση) λειτουργεί με ποσοστά χρηματοδότησης που διαφέρουν ανάλογα με το εάν πρόκειται για κλειστή ή ανοικτή φροντίδα και ανάλογα με το νομικό καθεστώς του φορέα παροχής. Οι ιδιωτικές δαπάνες φαίνεται να είναι πολύ μεγάλες ενώ πρόκειται για ένα κυρίως δημόσιο σύστημα περίθαλψης. Το ελλιπές και κατακερματισμένο σύστημα ΠΦΥ επανεξετάζεται με σκοπό την πλήρη αναβάθμιση του ρόλου του γενικού ιατρού και την εμπλοκή των ασφαλιστικών οργανισμών στην ΠΦΥ. Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες φανερώνουν ανισότητες στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών. Παρά τις αυξημένες συνολικές δαπάνες για την υγεία, οι δείκτες για την κατάσταση της υγείας δεν έχουν βελτιωθεί. Οι σχετικά χαμηλές δημόσιες δαπάνες προκαλούν ανησυχίες για σοβαρή

---

41 Μέσος όρος στην ΕΕ της τάξης του 8,87% και 2376,33 $ σε μονάδες αγοραστικής δύναμης κατά κεφαλή το 2004.

υπολειτουργία του συστήματος. Δεν υπάρχει ενιαίο νοσήλειο μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ασφαλιστικών οργανισμών. Τα έσοδα από τους φόρους χρησιμοποιούνται συχνά για την κάλυψη του κενού μεταξύ του επίσημου επιπέδου χρηματοδότησης και του πραγματικού κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης. Παρά το ότι η οικονομική και διοικητική αυτονομία των κέντρων ΠΦΥ (2004) εξασφαλίζεται με νόμο του 2004, αυτά χρηματοδοτούνται ακόμη από τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Εκτός από τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υπονομεύεται επίσης από την υπερκατανάλωση φαρμάκων και τεχνολογίας και από τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που κινείται με άξονα την προσφορά. Οι προσπάθειες για εκσυγχρονισμό δίνουν έμφαση στην αποτελεσματική χρήση των ΤΠΕ, στον εξορθολογισμό της συνταγογράφησης, στις πολιτικές πρόληψης και στην προώθηση της ενεργού γήρανσης.

5.2 Μακροχρόνια φροντίδα

Περιγραφή του συστήματος: Το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας είναι μικτό και περιλαμβάνει την άμεση παροχή μέσω κοινωνικών υπηρεσιών, την κάλυψη αναγκών για φροντίδα μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και φορολογικές ελαφρύνσεις για έμμεση παροχή φροντίδας. Οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας για τους ηλικιωμένους παρέχονται από το κράτος, από ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Οι υπηρεσίες αυτές έχουν συμπληρωθεί με υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι με αποτέλεσμα τη μείωση της προσφυγής σε ιδρυματικές ή νοσοκομειακές υπηρεσίες. Μετά την επιτυχή αξιολόγηση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», σχεδιάζεται η δημιουργία κέντρων ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων ώστε να μπορέσουν οι εργαζόμενες γυναίκες να καλύψουν τις ανάγκες των εξαρτώμενων μελών της οικογένειας τους τις εργάσιμες ώρες. Ενισχύεται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Προσβασιμότητα: Ο βασικός σκοπός είναι να ενθαρρυνθεί η παροχή φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους. Οι φορείς παροχής υπηρεσιών συγκεντρώνονται στα αστικά κέντρα. Συνήθως, ο διευρυμένος οικογενειακός ιστός καλείται να εξυπηρετήσει τις ανάγκες των ηλικιωμένων στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Η επικέντρωση στην παροχή φροντίδας στο σπίτι και στην ανάπτυξη κέντρων φροντίδας κοντά στο σπίτι, με την ενίσχυση των ατόμων που παρέχουν άτυπες φροντίδες, θα έχει ως αποτέλεσμα ποιοτικά οφέλη και αποδοτικότερη χρήση των πόρων. Μια προτεραιότητα είναι η ανάπτυξη πιο εξειδικευμένων, μετανοσοκομειακών υποστηρικτικών υπηρεσιών (αλλά και υποδομών, ιδίως για τους ψυχικά ασθενείς). Οι αρχές προσανατολίζονται στη συγκρότηση ενός εθνικού συστήματος κοινωνικής αλληλεγγύης που θα βασίζεται στη λευκή βίβλο για τη διακυβέρνηση, σε νέα προγράμματα με σκοπό την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού ιδιαίτερων ομάδων, στην παροχή ευέλικτων υπηρεσιών για εξατομικευμένες ανάγκες σε μακροχρόνια φροντίδα και στον εκσυγχρονισμό των προνοιακών ιδρυμάτων.

Ποιότητα: Λειτουργεί ένας ανεξάρτητος φορέας προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών και καλύπτει τα δικαιώματα όσων έχουν ανάγκη από μακροχρόνια φροντίδα. Στα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης μπορούν να εκπαιδευτούν άτομα που παρέχουν φροντίδες σε ηλικιωμένους. Η αξιολόγηση γίνεται από το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Οι αρχές επιδιώκουν την ομοιογένεια των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Το νομοθετικό πλαίσιο για τη διαπίστευση και την αξιολόγηση των ΜΚΟ και των εθελοντικών οργανώσεων στον τομέα παροχής μακροχρόνιας φροντίδας έχει διαμορφωθεί. Τα κενά στην εφαρμογή του και η ανεπάρκεια των επαγγελματιών στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας (στις αγροτικές περιοχές) είναι η πρόκληση για την επίτευξη ομοιογενούς παροχής ποιοτικών υπηρεσιών.

Μακροχρόνια βιωσιμότητα: Η εκτίμηση του συνολικού κόστους της μακροχρόνιας φροντίδας είναι δύσκολη λόγω της πληθώρας των φορέων παροχής και των μορφών παρεχόμενων υπηρεσιών. Μεγάλο μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας παρέχεται άτυπα, από την οικογένεια και είναι συνεπώς δύσκολο να αποτιμηθεί με όρους κόστους. Στο μικτό χρηματοδοτικό σύστημα της επίσημης μακροχρόνιας φροντίδας έρχονται να προστεθούν και οι διαφορές στα ποσοστά χρηματοδότησης που ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της φροντίδας και το νομικό καθεστώς του φορέα παροχής. Οι μηχανισμοί ελέγχου του κόστους είναι αδύναμοι και δεν υπάρχει εμπεριστατωμένο πλαίσιο για την αποτίμηση του κόστους.

6. Μελλοντικές προκλήσεις

- Η προώθηση της ενεργού ένταξης των πλέον ευάλωτων κοινωνικών ομάδων με την αναβάθμιση και την επέκταση της παροχής υπηρεσιών και του οικονομικού «διχτυού ασφαλείας» (ελάχιστα εισοδήματα) και με την ανάπτυξη πολυδιάστατων πολιτικών προσεγγίσεων για την ευρύτερη κοινωνική ένταξη ομάδων όπως είναι οι μετανάστες, τα άτομα με αναπηρίες, οι τσιγγάνοι και πολιτιστικές και θρησκευτικές μειονότητες.

- Η βελτίωση της διακυβέρνησης και η προώθηση της κινητοποίησης και της πλήρους συμμετοχής όλων των εμπλεκομένων, ώστε να υπάρξει καλύτερη εφαρμογή, παρακολούθηση και αξιολόγηση αλλά και να αυξηθεί η αποδοτικότητα των κοινωνικών δαπανών.

- Η αύξηση των προσπαθειών για τη διασφάλιση της επάρκειας και της μακροχρόνιας βιωσιμότητας του συνταξιοδοτικού συστήματος, ιδίως με την αύξηση της απασχόλησης και την ενθάρρυνση για παράταση του επαγγελματικού βίου, ώστε να μεγαλώσει η βάση εισφορών.

- Η ενίσχυση, η ολοκλήρωση και η καλύτερη κατανομή των υπηρεσιών ΠΦΥ ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση σε αυτές, να μειωθεί το υψηλό κόστος, να καταπολεμηθούν οι ανισότητες και να αντιμετωπιστεί το μεγάλο οικονομικό βάρος της φροντίδας των ευάλωτων ομάδων με σκοπό την κάμψη της υπερκατανάλωσης και της σπατάλης πόρων.

- Ο εκσυγχρονισμός της διαχείρισης του συστήματος μέσω διαρθρωτικών αλλαγών (στη μακροχρόνια φροντίδα σκοπός είναι η απομάκρυνση από τη νοσοκομειακή φροντίδα και η υιοθέτηση ενός κοινωνικού μοντέλου που θα λειτουργεί κυρίως σε τοπικό επίπεδο) και η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου πλαισίου για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Greece: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	4.5	72.7
2002	3.8	77.2
2004	4.7	81.4
2006	3.8f	84.9f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	56.5	71.5	41.7	27.6	39,0
2002	57.5	72.2	42.9	26.5	39.2
2004	59.4	73.7	45.2	26.8	39.4
2005	60.1	74.2	46.1	25,0	41.6

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	11.2	7.4	17.1	29.1
2002	10.3	6.8	15.6	26.8
2004	10.5	6.6	16.2	26.9
2005	9.8	6.1	15.3	26,0

** Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; ** GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast*

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	75,0	80.3	16.1	18.4	65.8	69.2e	8.1
2000	75.6	80.5	16.3	18.3	66.3	68.2	5.9
2004	76.6sp	81.5sp	16.9sp	19.1sp	66.7e	68.4e	3.9

WHO	Total Health exp. %GDP	Public Health Exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public System coverage % of pop.	Pop. Covered by PHI** % of pop.
1995	9.6	52	-	:	:
2000	9.9	52.6	44.9	100	
2004	9.8	51.7	46	100	8

s: Eurostat estimate; p: provisional

**THE: Total Health Expenditure **PHI: Private health insurance*

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	22.3	52.1	26	4.5	8.8	3.8	4.8
2000	25.7	49.7	26.5	6.2	7.4	5.4	4.8
2004	26	50.9	26.5	5.9	6.9	4.7	5

** including administrative costs*

Age related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since: Total social expend.	Public pensions	Health Care	Long-Term Care
2005	26.8	8.9	5.1	5.1	:
2010	28	-0.2		5.4	:
2030	39.1	0.2	0.8	5.9	:
2050	58.8	1.3	1.7	6.8	:

*** total social expenditure for GR does not include pension expenditure. The Greek authorities have agreed to provide the pension projections in 2006.*

Greece: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy - Eurostat

	At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	20	20	19	17	28	24	23	24	24	24	**Total**	5.8
Male	18		18	16	25	24		24	24	22	**Male**	
femal	21		21	18	30	24		24	24	25	**Female**	

	People living in jobless households					Long-Term Unemployment rate				Early school-leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	5.2	9.6	7.0	12.1	**1999**	6.5	3.8	10.7	**1999**	18.6	22.1	15.4
2004	4.5	8.5	6.2	10.7	**2004**	5.6	3.0	9.4	**2004**	14.9	18.3	11.6
2006	3.6	8.1	6.1	10.1	**2005**	5.1	2.6	8.9	**2005**	13.3	17.5	9.2

** excluding students*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.79	0.83	0.78	***Aggregate replacement ratio***	0.49	0.56	0.47

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - Source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Estimate of current (2002)	Assumption
-9	-11	-11	DB	:	:	Nd	:	20	:	:

** (DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

ESPAÑA

1. Situación y tendencias clave

En 2005, el crecimiento de la economía española se aceleró hasta alcanzar un 3,5 %, por encima de la media de la UE (1,6 %). La ratio de deuda es baja (en 2005 un 43,1 % frente a un 63,4 % en la UE). Tanto la tasa de actividad como la de empleo, aunque han aumentado considerablemente desde 2001, siguen situándose algo por debajo de las medias de la UE: en 2005, la tasa de actividad fue de un 69,7 % (70,2 % en la UE) y la de empleo, de un 63,3 % (63,8 % en la UE). La tasa de desempleo cayó hasta un 9,2 % en 2005 (8,7 % en la UE). El incremento de las tasas de empleo ha beneficiado principalmente a las mujeres (una subida de 15,4 puntos porcentuales entre 1998 y 2005), pero es mucho lo que queda por hacer en ese sentido (la tasa de empleo femenino total en 2005 fue del 51,2 %, frente al 56,3 % de la UE). Con una tasa de empleo de los trabajadores mayores (55-64 años) del 43,1 %, España se sitúa ligeramente por encima de la media de la UE (42,5 %). Sin embargo, la tasa de empleo de las trabajadoras de esa edad está muy por debajo de la media de la UE (27,4 % en España y 33,7 % en la UE). El mercado de trabajo registra una gran segmentación, con una tasa de empleo de duración determinada en el segundo trimestre de 2005 del 33,3 %, que afecta particularmente a las mujeres, los jóvenes y los trabajadores poco cualificados. El débil crecimiento de la productividad y la alta tasa de inflación constituyen un obstáculo a la competitividad. El buen comportamiento de la economía y el empleo en España en los últimos años ha redundado directamente en beneficio del Sistema de Seguridad Social. La estructura de edad de la población ha cambiado considerablemente (se prevé que el número de personas de 65 años o más pasará de un 17 % en 2005 a un 33,5 % en 2050). El incremento de la población como consecuencia del fenómeno migratorio (más de 3 millones de inmigrantes entre 1998 y 2005) desempeñará a corto o medio plazo un papel decisivo en la continuidad del sistema. También influirá positivamente en la tasa de dependencia de los jubilados, que, según las previsiones, pasará del 25 % en 2004 (cercana a la media de la UE) al 67,5 % en 2050 (52 % en la UE). En 2005, la edad efectiva de salida del mercado laboral fue una de las más altas de la UE —62,2 años—, cuando la media de la UE se situó en 60,7 años. Pese a que el crecimiento económico se ha acelerado en los últimos años, no se registran mejoras significativas por lo que respecta al número de personas en riesgo de pobreza: en 2004, el 20 % de la población española se situaba por debajo del umbral de riesgo de pobreza (16 % en la UE). Esta situación afecta, sobre todo, a las personas de 65 años o más (29 % en España frente a 19 % en la UE). España sigue estando muy por debajo de la media de la UE en lo relativo al gasto social como porcentaje del PIB (20 % en comparación con el 27,3 % de la UE en 2004) y tiene una de las tasas de abandono escolar más altas de la UE (30,8 % en 2005, más del doble de la media de la UE), especialmente entre los chicos (36,4 %, muy superior a la de las chicas: 25 %). En 2003, la esperanza de vida al nacer (76,9 y 83,6 años para hombres y mujeres, respectivamente) se situó por encima de la media de la UE[42] y ha crecido en dos años en la década pasada (74,3 y 81,5 años en 1995). La esperanza de vida sana (66,8 y 70,2 años) también es superior a la media de la UE[43]. La tasa de mortalidad infantil (3,5 en 2004) es una de las más bajas de la UE[44], cuando en 1960 era del 35,4. La mortalidad perinatal, que en 1960 era del 42,8, coincide actualmente con la media europea (5,3).

---

42 En 2003, la media de la UE fue de 75,1 años para los hombres y 81,2 para las mujeres.

43 En 2003, la media de la UE fue de 64,5 años para los hombres y 66 para las mujeres.

44 En 2004, la media de la UE fue de 4,5.

2. Planteamiento estratégico global

El Informe español ha mejorado su carácter estratégico en relación con años anteriores. Su objetivo principal consiste en combinar la convergencia económica con el empleo, el crecimiento sostenido y el bienestar social, haciendo que estos factores se refuercen mutuamente, sin olvidar la reducción de las disparidades territoriales y el objetivo global de prevención de la exclusión social. El Informe señala una serie de desafíos clave relacionados con diferentes aspectos de la protección social y la inclusión social, sin perder de vista los dos grandes objetivos recogidos en el Programa Nacional de Reformas (PNR): lograr la plena convergencia en renta per cápita con la Unión Europea en 2010 y situar la tasa de empleo en el 66 % ese mismo año. El plan estratégico es plenamente coherente con el análisis y los desafíos que se recogen en el PNR, por ejemplo reducir a la mitad la tasa preocupantemente alta de abandono escolar hasta situarla en el 15 % en 2010. El Acuerdo para la Mejora del Crecimiento y del Empleo, firmado en 2006 por el Gobierno y los interlocutores sociales, introduce importantes medidas para paliar la excesiva segmentación del mercado laboral. Aunque este Acuerdo tendrá seguramente efectos positivos a corto plazo, reducir la segmentación estructural del mercado laboral requerirá una labor continuada y exhaustiva. El Informe prevé la modernización y la consolidación del modelo social español. En materia de protección social, el Gobierno y los interlocutores sociales firmaron en julio de 2006 un Acuerdo sobre Medidas en Materia de Seguridad Social, cuyo objetivo es modernizar el sistema, asegurando al mismo tiempo su sostenibilidad financiera, teniendo siempre presente la adecuación y el equilibrio entre contribuciones y prestaciones. Entre las importantísimas medidas adoptadas con vistas a la consecución de los objetivos en materia de seguridad social e inclusión cabe destacar la subida del Salario Mínimo Interprofesional (hasta 600 euros/mes en 2008) y de las pensiones mínimas (un incremento del 26 % entre 2004 y 2008). En lo que hace a otros objetivos de inclusión social, el Informe enumera una serie de medidas relativas a la integración de los inmigrantes (borrador del Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2006-2009), a la prestación garantizada de servicios de cuidados a las personas dependientes (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, cuyo periodo de ejecución será 2007-2015), y a la promoción de un trato equitativo en la educación. En lo tocante al empleo, la adopción del anteproyecto de Ley Orgánica de Igualdad entre Mujeres y Hombres debería contribuir a reducir las diferencias retributivas entre hombres y mujeres y a mejorar el acceso de la mujer al empleo. Para abordar las necesidades específicas de los grupos vulnerables, el informe enumera una serie de medidas destinadas a los mayores, las personas con discapacidad, los jóvenes, los niños, las familias, las personas de etnia gitana, los inmigrantes y las personas sin hogar. Entre los objetivos del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud destacan los dos siguientes: asegurar un uso más racional de los recursos y garantizar el acceso a los mismos servicios para todos los ciudadanos.

En la preparación del Informe, coordinado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, participaron todos los ministerios pertinentes e interesados no gubernamentales. Se pretende que esta participación se mantenga durante las fases de ejecución y seguimiento. En el Informe se menciona una serie de medidas de coordinación en las que participan las administraciones nacionales, regionales y locales.

3. Inclusión social

3.1 Tendencias clave

Como consecuencia de la fuerte creación de puestos de trabajo, la tasa de empleo registró un notable aumento (hasta situarse en el 63,3 % en 2005), pero sigue estando por debajo de los objetivos de Lisboa, especialmente en lo que respecta a las mujeres. La alta tasa de temporalidad es uno de los grandes problemas del mercado laboral español y afecta especialmente a las mujeres (que también se enfrentan a una alta tasa de contratación a tiempo parcial no deseada), los jóvenes y los trabajadores menos cualificados. En 2004, el 20 % de la población española corría riesgo de pobreza (16 % en la UE), siendo más altas las cifras para ciertos grupos de riesgo tradicionales como las personas mayores (29 % para las personas de 65 años o más, que llega hasta un 47 % para las que viven solas), los niños de hasta 17 años (24 %), los padres y madres solteros (37 %) y los parados (40 %). El acceso a la primera vivienda propia no es fácil; a menudo sólo es posible mediante un elevado nivel de endeudamiento. Los jóvenes tienen dificultades a la hora de acceder a un empleo estable y a una vivienda y los inmigrantes, especialmente los recién llegados, para integrarse en el sistema escolar y encontrar una vivienda. Las personas de etnia gitana, a pesar de que, en términos generales, han mejorado sus condiciones de vida, siguen sufriendo desigualdades en los campos de la salud, el empleo, la vivienda y la renta del hogar. España registra uno de las tasas más elevadas de abandono escolar de la UE entre los jóvenes de 18 a 24 años, 30,8 % en 2005 (con diferencias entre las Comunidades Autónomas), aunque han mejorado el nivel educativo de la población y la tasa de escolarización (81 % a los 17 años).

3.2 Desafíos clave y prioridades

El Informe recoge cinco objetivos estratégicos globales, relacionados en cierta medida con los desafíos señalados en el Informe Conjunto de 2006. Para alcanzar estos objetivos se han establecido una serie de metas y acciones específicas. Todos los objetivos se refuerzan mutuamente, están asociados a los objetivos de Lisboa y se centran en combinar crecimiento económico y bienestar social, sin olvidar la reducción de las desigualdades y la prevención de la exclusión social.

El primer objetivo consiste en reforzar el acceso al mercado laboral y se centra específicamente en las mujeres y otros grupos vulnerables, como las personas con discapacidad, las víctimas de la violencia de género o las personas que sufren exclusión social. El segundo objetivo aborda la necesidad de garantizar recursos económicos mínimos, haciendo especial hincapié en grupos vulnerables como las personas con salarios y pensiones bajos. Un importante grupo destinatario son las trabajadoras inmigrantes, la mayoría de las cuales trabajan en el mercado de trabajo informal a cambio de salarios muy bajos.

El tercer objetivo consiste en asegurar la igualdad de trato y la no discriminación en materia de opciones educativas. El Informe establece una serie de metas específicas, entre las que destacan las siguientes: elevar la tasa de idoneidad escolar en educación primaria hasta situarla en el 95 % para 2010 (en 2005, esa tasa oscilaba entre 84,3 % para los niños de doce años y 58,4 % para los de quince); incrementar en un 2 % anual el número de plazas públicas de primer ciclo (0-3 años) de educación infantil hasta superar el 27 % de cobertura en 2008; aumentar progresivamente la garantía de la gratuidad en el segundo ciclo y lograr la escolarización del 100 % de los niños de 3 a 6 años en 2010, y desarrollar un plan específico para reducir el fracaso escolar que llegue, en el año 2010, a un total de 2 000 centros.

La incorporación de un gran número de inmigrantes a nuestra sociedad ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con una política global de integración. En este sentido, el cuarto objetivo se refiere a la integración de los inmigrantes y prevé un enfoque integral que comprende varios ejes de actuación: educación, empleo, vivienda, servicios sociales y salud, sin olvidar las necesidades más específicas de los jóvenes y las mujeres.

El quinto objetivo aborda la creciente demanda potencial de servicios y prestaciones de apoyo social por parte de personas en situación de dependencia como consecuencia de las tendencias sociales y demográficas. Según las estadísticas nacionales, el número estimado de personas dependientes (más de 1,1 millones en 2005) aumentará en 250 000 de aquí a 2015. En la actualidad, son los familiares de las personas dependientes los principales proveedores del cuidado y apoyo básicos. El gasto público total asignado a las personas dependientes, que representa actualmente el 0,32 % del PIB, se incrementará hasta el 1 % tras la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia.

El Informe resalta la importante contribución del FSE a las políticas de inclusión. Incluye un anexo sobre medidas cofinanciadas y otro en el que se enumeran una serie de buenas prácticas en este campo, como el funcionamiento del Fondo de Apoyo para la Acogida e Integración de los Inmigrantes así como para el Refuerzo Educativo de los mismos y el Programa Operativo de Lucha contra la Discriminación, cofinanciado por el FEDER y el FSE (345 millones de euros).

3.3 Medidas políticas

El informe enumera toda una serie de nuevas medidas, relacionadas principalmente con los cinco objetivos globales recogidos en el Informe. Muchas de estas medidas incluyen metas cuantificadas. Gran parte de las medidas del Plan anterior se han ampliado y actualizado en el PNA 2006-2008. En relación con los cinco objetivos estratégicos globales recogidos en el Informe, destacan sendas medidas políticas: una dirigida a reducir el empleo temporal (Real Decreto-Ley 5/2006) y otra, a aumentar la tasa de empleo femenino (Proyecto de Ley Orgánica de Igualdad entre Mujeres y Hombres en lo relativo al empleo, complementada por una serie de acciones específicas encaminadas a promover y apoyar la conciliación de la vida familiar y laboral). Se adoptará un conjunto similar de medidas para otros grupos vulnerables (creación de itinerarios de inserción laboral que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres con discapacidad y de los inmigrantes, etc.). Con el objetivo de facilitar el acceso a la formación a los grupos más desfavorecidos, se ha diseñado un nuevo sistema de formación profesional para el empleo que unifica los dos sistemas existentes: el sistema de formación ocupacional para desempleados y la formación continua para ocupados.

El Informe establece medidas tales como incrementar el Salario Mínimo Interprofesional hasta el nivel de 600 euros/mes de aquí a 2008 y las pensiones mínimas en un 26 % entre 2004 y 2008 (reduciendo así la diferencia con la media de EU-15).

Una herramienta clave para promover la equidad en la educación es una Ley recientemente aprobada, que busca garantizar un sistema educativo equitativo para todos los estudiantes y una reducción significativa del abandono escolar. Esta Ley prevé corregir las desigualdades mediante programas específicos desarrollados en centros escolares o zonas geográficas en las que resulte necesaria una intervención educativa compensatoria y a través de becas y ayudas al estudio para estudiantes con condiciones socioeconómicas desfavorables. Del mismo modo, establece la programación de la escolarización en centros públicos para garantizar una

adecuada y equilibrada distribución de niños inmigrantes. La Ley incluye importantes compromisos financieros y medidas concretas en relación con la equidad en la educación, que figuran en el capítulo «Inclusión Social» del Informe.

El Borrador del Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración de los Inmigrantes 2006-2009, cuyo principal objetivo consiste en coordinar las actuaciones puestas en marcha por las distintas Administraciones Públicas, y el Fondo de Apoyo para la Acogida e Integración de los Inmigrantes así como para el Refuerzo Educativo de los mismos son los instrumentos más importantes para alcanzar la integración de los inmigrantes. Además, se impulsará este proceso financiando proyectos innovadores llevados a cabo a nivel local y concediendo subvenciones a ONG y otras organizaciones que trabajen en ese campo. Cabe destacar, por último, la creación del Observatorio de Igualdad de Trato y no Discriminación por el Origen Racial o Étnico.

Las necesidades de las personas dependientes se abordan sobre todo en la Ley de Autonomía Personal y de Atención a las personas en Situación de Dependencia (2007-2015), que se propone prevenir la pobreza y la exclusión social tanto del cuidador como de la persona dependiente. La aprobación de esta Ley supondrá la constitución del Sistema Nacional de Dependencia, con el fin de prestar apoyo a las personas dependientes, principalmente los mayores (65 años o más) y las personas con discapacidad. En 2015, el número de beneficiarios del sistema podría rondar los 1,5 millones de personas. La financiación del sistema entre 2007 y 2015 ascenderá a más de 25 000 millones de euros para el conjunto de las Administraciones Públicas. El Informe anuncia asimismo otras medidas en los campos de la salud, los servicios sociales, la sociedad de la información, la vivienda y la justicia. Las necesidades específicas de las mujeres se abordarán mediante la aplicación de la Ley Orgánica de Igualdad entre Mujeres y Hombres. El PNA enumera una serie de medidas dirigidas a los ancianos (Plan Concertado de Atención a Mayores 2003-2007), las personas con discapacidad (Plan de Acción para Personas con Discapacidad 2003-2007 y Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012), los jóvenes, los niños, las familias y los gitanos (creación del Consejo Estatal del Pueblo Gitano y del Instituto de Cultura Gitana).

3.4 Gobernanza

En la redacción del informe participaron todos los interesados pertinentes, tanto públicos como privados. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales coordinó el proceso de elaboración del Plan Nacional de Acción. Es importante resaltar la importancia cada vez mayor de las ONG y de los interlocutores sociales en la elaboración, aplicación y supervisión del Plan. Además, se menciona explícitamente una serie de medidas de coordinación entre las administraciones nacionales, regionales y locales, en consonancia con la estructura descentralizada de España.

4. Pensiones

El nivel de vida de las personas de 65 años o más está relativamente cercano al del grupo de población con edades comprendidas entre 0 y 64 años (75 %). En cambio, el riesgo de pobreza entre la población mayor (29 % en 2004) es mucho más alto que entre el grupo de 0-64 años. Pese a los aumentos registrados recientemente en la tasa de empleo de los trabajadores mayores, que se sitúa actualmente algo por encima de la de la UE, habrá que redoblar esfuerzos para alcanzar el objetivo de Lisboa (50 % de aquí a 2010).

Habida cuenta de las tendencias demográficas, uno de los principales retos a los que se enfrenta la sociedad española es la sostenibilidad financiera del sistema de pensiones. Sin embargo, el Informe de Sostenibilidad de 2006 clasificó a España entre los Estados miembros de riesgo medio en lo que se refiere a la sostenibilidad de las finanzas públicas, sobre todo como consecuencia del elevado coste que supone el envejecimiento de la población y pese a la saneada situación presupuestaria actual. Según las previsiones realizadas por el Grupo de Trabajo sobre el Envejecimiento de la Población (GTEP) en 2005, el gasto público en pensiones pasará del 8,6 % al 15,7 % del PIB, muy por encima de la media de la UE. Se prevé que la mayor parte de este incremento se producirá después de 2015, ya que, en España, el envejecimiento de la población se deja sentir con relativo retraso y el Fondo de Reserva permitiría cubrir los déficits hasta 2020. Según las previsiones del ISG, la tasa de sustitución facilitada por el régimen vinculado a los ingresos para los trabajadores con ingresos medios que se jubilen a los 65 años, tras 40 de cotización, debería disminuir en seis puntos porcentuales en 2050, para alcanzar ese año un nivel de aproximadamente el 85 % de la tasa de sustitución bruta del salario medio (el 92 % de la tasa neta de sustitución).

El Informe Conjunto de 2006 subrayó que la mejora de las tasas de empleo y las reformas ya aplicadas, en particular una relación más estrecha entre contribuciones y prestaciones y la aplicación gradual de la reforma de las pensiones mínimas, deberían traducirse en una mejor adecuación de las pensiones y en una reducción de las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a condiciones de vida y riesgo de pobreza. También destacó la importancia de introducir nuevas reformas para asegurar la adecuación y la sostenibilidad del sistema en el futuro, en especial mediante el incremento de la tasa de participación en el mercado laboral, especialmente de las mujeres y las personas mayores.

Gracias a un crecimiento económico continuo y a la disciplina fiscal, España ha realizado grandes esfuerzos para lograr unos presupuestos equilibrados. Además, el Sistema de Seguridad Social viene mostrando superávit desde 1999 (1,1 % del PIB en 2005; más del 1 % previsto para 2006).

En julio de 2006 se firmó un Acuerdo entre el Gobierno y el conjunto de los interlocutores sociales. Junto con las medidas ya adoptadas con vistas a aumentar el importe de las pensiones mínimas, el Acuerdo reafirma el proceso de separación de fuentes de financiación a efectos de complementos a mínimos, que también se ampliarán para incluir determinadas categorías como las pensiones de invalidez permanente, y reformula el sistema de pensiones de viudedad. Además, refuerza la racionalización del Sistema de Seguridad Social, previendo la integración de los trabajadores por cuenta propia agrarios en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos y la de los trabajadores por cuenta ajena de dicho sector, en el Régimen General. Por otra parte, se refuerzan los incentivos para prolongar la vida laboral, especialmente en lo relativo a las pensiones parciales (a las que se accederá a los 61 años en lugar de a los 60) y para aplazar el acceso a la jubilación más allá de los 65 años. Este nuevo Acuerdo mejorará la sostenibilidad y la adecuación futuras, aunque queda por ver si no serán necesarias nuevas medidas para que la subida de la tasa de empleo de los trabajadores mayores alcance los niveles deseados.

5. Asistencia sanitaria y cuidados de larga duración

5.1 Asistencia sanitaria

Descripción del sistema: El Sistema Nacional de Salud (SNS), definido como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, se

rige por el principio de cobertura universal. Se trata de un sistema descentralizado en el que participan diecisiete Comunidades Autónomas con competencias de gestión en este campo; el Ministerio de Sanidad y Consumo, al que corresponde supervisar y garantizar la equidad del sistema, y el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), como órgano de coordinación. La Atención Primaria de Salud (APS) se gestiona públicamente y se presta principalmente en los llamados «Centros de Salud». Los pacientes consultan al médico general (MG). Los MG remiten los pacientes a los especialistas, quienes, a su vez, los remiten a la Atención Especializada. La Atención Especializada se presta en Centros de Especialidades y Hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de hospitalización. La APS contrata asimismo servicios de proveedores privados sin ánimo de lucro. El personal de APS percibe un sueldo, así como honorarios por determinados servicios, mientras que la retribución de los facultativos de servicio hospitalario es exclusivamente salarial. El sistema se financia a través de impuestos y es gratuito en el punto de consumo. La prestación farmacéutica presenta la característica de estar cofinanciada por los usuarios. El 10 % de la población está cubierto por seguros voluntarios complementarios de carácter privado. Los funcionarios pueden optar por una de las tres mutualidades financiadas públicamente (70 % mediante financiación pública y 30 % mediante cotizaciones) y pueden elegir entre el proveedor público o un proveedor privado. Las autoridades han fijado como objetivos la necesidad de asegurar un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad en todo el territorio nacional (haciendo hincapié en una protección específica para los grupos desfavorecidos) y la necesidad de mejorar la salud de la población y de reducir la mortalidad prematura y la carga de enfermedad.

Accesibilidad: Aunque la atención es gratuita en el punto de consumo, con la excepción de los productos farmacéuticos, los datos disponibles ponen de manifiesto que el gasto privado, especialmente el que se desembolsa en metálico, es alto (23,3 % del gasto total en 2004), lo que puede suponer una carga financiera para los grupos más vulnerables. Las autoridades destacan que si bien es cierto que la descentralización permite una mayor adaptabilidad a las necesidades locales, no lo es menos que ha generado diferencias regionales en el contenido de las prestaciones. Para corregir estas diferencias han establecido una cartera de servicios comunes del SNS de ámbito nacional y utilizarán el Fondo de Cohesión Social para mejorar las compensaciones que actualmente se transfieren a algunas Comunidades Autónomas. Otro de los asuntos que más preocupa a los ciudadanos españoles son las listas de espera y los tiempos excesivos de demora en la atención (en parte debido a que el número de camas hospitalarias es uno de los más bajos de la UE —358 por 100 000 habitantes— y a que se recurre mucho a la asistencia hospitalaria, dado el bajo número de MG en términos de la UE). El Ministerio de Sanidad y Consumo ha establecido los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas.

Calidad: Se ha elaborado un Plan de Calidad para el SNS cuyo objetivo general consiste en garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia. A tal fin, se crearán, junto con todas las partes interesadas (p. ej. personal y pacientes) estrategias encaminadas a fomentar, entre otros aspectos, la excelencia clínica. Estas estrategias incluyen un mayor uso de las TIC. Las autoridades están diseñando un plan para recopilar y supervisar datos relativos a la eficacia. Los pacientes pueden elegir su MG dentro de su área de residencia.

Sostenibilidad a largo plazo: El gasto sanitario total (7,8 % del PIB y 1908 $ PPC [Paridad de Poder de Compra] per cápita en 2004) está por debajo de la media de la UE[45] y se ha

[45] 8,87 % y 237,33 $ PPC en 2004.

mantenido más o menos constante a lo largo de la última década. Los últimos datos disponibles, referidos al año 2004, sitúan el gasto sanitario público en un 71,9 % del gasto sanitario total, lo que revela una tendencia a la baja a cierto plazo. Parece, pues, financieramente viable gastar más en la mejora del acceso y la calidad de la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración, sin que ello ponga en peligro la sostenibilidad de las finanzas públicas. Efectivamente, las autoridades, que reconocen que la financiación sanitaria es insuficiente, aportan recursos adicionales al sector, al tiempo que aumentan los recursos que obtendrán las Comunidades Autónomas de los impuestos sobre el tabaco y otorgan a éstas capacidad normativa para que puedan obtener más recursos si lo estiman necesario. Las autoridades consideran que el envejecimiento constituye un reto importante para la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema (las previsiones CPE/CE relativas a la edad prevén para 2050 un aumento del gasto público del 2,3 % del PIB). Para mejorar la eficacia del sistema, el Informe propugna reforzar el uso de la APS para evitar los abusos en la utilización de la asistencia hospitalaria o de urgencia, fomentar el uso racional de la tecnología y los medicamentos, poner a punto incentivos para el personal, centralizar y normalizar las decisiones de compra de productos sanitarios y equipamientos, y centralizar los servicios altamente especializados. El Informe subraya la honda preocupación que suscita la financiación de la asistencia a pacientes extranjeros, pues España es un importante proveedor de servicios a personas aseguradas bajo regímenes de otros países. El Ministerio de Sanidad y Consumo continuará colaborando con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y las Comunidades Autónomas para incrementar los ingresos por este concepto desde los 32 millones de euros actuales hasta 60 millones. Están previstas una serie de iniciativas encaminadas a estimular estilos saludables de vida y prevenir la mortalidad evitable (tabaquismo, obesidad, accidentes de tráfico, sedentarismo, etc.) y a fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica.

5.2 Cuidados de larga duración

Descripción del sistema: Hasta ahora, han sido las familias las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, pero el envejecimiento y los cambios sociodemográficos (sobre todo la creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo) hacen que la prestación de servicios de cuidados de larga duración se esté convirtiendo en un reto ineludible para las autoridades. A lo largo de la última década, una serie de leyes han ampliado la gama de servicios en este campo, que ahora incluyen APS a domicilio, centros de día, estancias temporales en residencias, centros residenciales, teleasistencia y ayuda financiera a personas a cargo y cuidadores. Los servicios de ayuda a las personas en situación de dependencia son organizados sobre todo por las Comunidades Autónomas, aunque a veces colaboran con ellas el Gobierno central y las autoridades locales. Estos servicios forman parte del Sistema de Seguridad Social.

Accesibilidad: Pese al intenso crecimiento de servicios que se ha registrado en este campo en los últimos años, las autoridades señalan que la cobertura es baja, sobre todo si atendemos a la demanda de personas a cargo y cuidadores: así, por ejemplo, sólo el 3,5 % de las personas mayores de 65 años cuenta con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,84 % con teleasistencia, el 0,54 % con una plaza en un centro de día y, sólo un 3,9 % de los mayores están atendidos en centros residenciales. Reconocen además que la descentralización ha generado desequilibrios entre las Comunidades Autónomas. En este contexto, las autoridades han puesto en marcha un importante plan, el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, destinado a garantizar, de aquí a 2015, la cobertura de todas las personas en situación de dependencia (desde niños con discapacidad hasta ancianos dependientes, unas 650 000 personas), imprimiendo un fuerte impulso a la puesta a disposición de servicios. El plan aspira

a asegurar la equidad del acceso, utilizando para ello una escala común de valoración que determine el grado de dependencia y definiendo un catálogo de servicios (amplia gama de servicios de ayuda a domicilio —cuidados personales y atención a las necesidades del hogar—, centros de día y centros de noche, servicio de atención residencial). También busca mejorar la integración de la salud y de los servicios sociales. Los servicios podrán ser prestados por proveedores públicos o privados y de su gestión se encargarán las Comunidades Autónomas. Se permitirán las prestaciones económicas y los cuidadores familiares deberán estar dados de alta en la Seguridad Social y asistir a cursos de formación. Los beneficiarios del sistema participarán en la financiación del mismo en función de su renta y patrimonio. El Gobierno reconoce que el proceso de implantación de este sistema requerirá tiempo y esfuerzos.

Calidad: Se están incorporando lentamente las nuevas estrategias para la implantación de cartas de servicio, sistemas de acreditación e indicadores de calidad. Se señala la necesidad de coordinar la sanidad y la asistencia social y varias Comunidades Autónomas disponen ya de planes de coordinación.

Sostenibilidad a largo plazo: Actualmente la financiación de estos servicios corre a cargo de las Comunidades Autónomas, los municipios y la Administración Central. Se reconoce que esta financiación es escasa para cubrir las necesidades. Supone aproximadamente el 0,32 % del PIB y las previsiones CPE/CE relativas a la edad pronostican, para 2050, un incremento de 0,2 puntos porcentuales del PIB, sin tomarlos en consideración en el impacto financiero de la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Cabe destacar, sin embargo, a juzgar por el Informe Financiero de la Ley, que las autoridades van a asignar unos 4 500 millones de euros adicionales al sector y que se prevé que el gasto aumente hasta alcanzar el 1 % del PIB en 2015. En el nuevo plan, los costes serán compartidos por el Gobierno central, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales y los usuarios. Las autoridades insisten en que el gasto en servicios sociales debe ser considerado una inversión, porque los recursos financieros que se dediquen a estas políticas crearán empleo (300 000 nuevos puestos de trabajo), reforzarán la recaudación tributaria y mejorarán la calidad de vida.

6. Desafíos futuros

- Romper el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza, en particular reduciendo la elevada tasa de abandono escolar. La nueva Ley de Educación se propone abordar esta cuestión, pero la consecución del objetivo previsto para 2010 requerirá esfuerzos continuados y globales.

- Redoblar los esfuerzos destinados a promover la inclusión activa de grupos vulnerables, como los inmigrantes y los jóvenes, y de las mujeres, reduciendo desigualdades persistentes en materia de ingresos, acceso a la educación e integración laboral, y promover una vivienda asequible mediante una política de vivienda pública y de alquiler a largo plazo.

- Facilitar un mayor nivel de participación, especialmente de las mujeres y los trabajadores mayores, en el mercado laboral, lo que contribuiría a asegurar la sostenibilidad y la adecuación del sistema de pensiones.

- Abordar las diferencias regionales en la prestación, reducir las listas de espera y fomentar la prestación de cuidados de larga duración, y mejorar la eficacia, especialmente

estimulando el uso y la implantación de la APS y una utilización racional de los servicios, la tecnología y los medicamentos.

Spain: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	5,0	92.1
2002	2.7	95.2
2004	3.2	96.6
2006	3.8f	98.1f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	56.3	71.2	41.3	32.5	37,0
2002	58.5	72.6	44.4	34,0	39.6
2004	61.1	73.8	48.3	35.2	41.3
2005	63.3b	75.2b	51.2b	38.3b	43.1b

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	11.1	7.9	16,0	24.3
2002	11.1	8.1	15.7	24.2
2004	10.6	8,0	14.3	23.9
2005	9.2	7,0	12.2	19.7

*:Growth rate of GDP at constant pri ces (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast; b: break in series

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	male	female	male	female	male	female	
1995	74.3	81.5	16,0	19.8	64.2	67.7	5.5
2000	75.8	82.5	16.6	20.4	66.5	69.3	4.4p
2004	76.9	83.6	17.2sp	21.2sp	66.8e	70.2e	4.0p

WHO	Total Health exp %GDP	Public Health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public System coverage % of pop	Pop Covered by PHI** % of pop
1995				99.8 (1997)	13
2000	7.4	71.6	23.6		
2004	7.8	71.9	23.3		

e: estimate; s: Eurostat estimate; p: provisional *THE: Total Health Expenditures **PHI: Private Helath Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	21.6	43.9	28.6	16.5	2	1.6	7.4
2000	19.7	46.2	29.4	12	2.9	1.5	7.9
2004	20	43.7	30.8	12.9	3.5	1.7	7.5

* including administrative costs

Age related projection of expenditures (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since: Total social expend.	Public pensions	Health Care	Long Term care
2005	24.5	./.	8.6	6.1	0.5
2010	25.4	-0.4	./.	./.	./.
2030	38.6	3.3	3.3	1.2	0
2050	66.8	8.5	7.1	2.2	0.2

Spain: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk of poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	20	24	19	16	29	25	29	25	29	22	**Total**	5.4
male	19	-	17	15	26	28	-	26	29	23	**male**	-
female	21	-	20	17	32	24	-	24	28	20	**female**	-

	People living in jobless households					Long Term Unemployment rate				Early school leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	male	female		Total	male	female		Total	male	female
1999	7.3	8.5	7.7	9.3	**1999**	5.7	3.6	9,0	**1999**	29.5	35.3	23.6
2004	6.3	7.3	6.7	7.9	**2004**	3.4	2.2	5.1	**2004**	31.7	38.5	24.6
2006	5.1	6.3	5.8	6.8	**2005**	2.2b	1.4b	3.4b	**2005**	30.8b	36.4b	25.0b

**: excluding students; b: break in series*

SILC income 2004	Total	male	female	SILC income 2004	Total	male	female
Relative income of 65+	0.754	0.773	0.756	***Aggregate replacement ratio***	0.561	0.615	0.6

Change in theoretical replacement rates (2005-2050)

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates	
									Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions	Statutory pensions (or Social Security)	Estimate of current (2002)	Assumption
-6	-5	-5	DB			89		28.3		

**:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

FRANCE

1. Situation et tendances clés

La croissance du PIB, modeste en 2005 (1,2%), s'est sensiblement améliorée en 2006 avec une estimation à 2,2% et une progression des créations d'emploi dans le secteur marchand. Cette évolution inclut cependant un essor des emplois de moindre qualité, intérim, contrats à durée déterminée ou d'apprentissage, stages et contrats aidés (représentant 13,6% de l'emploi salarié en 2005). Le nombre de travailleurs pauvres s'élève à 1,933 million en 2003. Le taux d'emploi (63,1% en 2005) n'a quasiment pas progressé depuis 2002 et enregistre même un léger déclin pour les hommes entre 2002 (69,5%) et 2005 (68,8%). Seul le taux d'activité féminine, en progression régulière (57,6% en 2005), se rapproche des objectifs de Lisbonne. Aux deux extrémités de la pyramide des âges, la principale amélioration concerne les 55-64 ans dont le taux d'emploi (37,9% en 2005) a nettement augmenté depuis 2000 (+8 points) pour des raisons essentiellement démographiques. La progression du taux d'emploi des jeunes (30,1% en 2005) est en revanche limitée au cours de la période (+1,5 point). La France conserve un taux de chômage élevé (9,7% en 2005), certes en baisse régulière de juin 2005 à juillet 2006 où il atteint 8,9%. Le taux de chômage des femmes est supérieur d'environ 2 points. Le chômage de longue durée est sensiblement identique aux données de 1999 (4% en 2005). Le risque de pauvreté touche 13% de la population totale. La part des dépenses de protection sociale dans le PIB est stable (31,2% en 2004) avec un poids important des dépenses de retraites, (43,6% du total), et des dépenses de santé (30%). La démographie française se caractérise par un taux de fécondité relativement élevé (1,92) et une espérance de vie à la naissance supérieure à la moyenne communautaire (76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes en 2004) alors que l'espérance de vie en bonne santé est en dessous de la moyenne de l'UE[46] (respectivement 60,6 ans et 63,9 ans en 2003). La mortalité infantile est de 3,9/1000 en 2004, inférieure à la moyenne de l'UE et en baisse progressive depuis 1970 (18,2). Le ratio de dépendance démographique devrait croître moins fortement que la moyenne européenne en passant de 25,3% en 2005 à 47,9% en 2050.

2. Approche stratégique globale

Le rapport met en exergue le modèle social français dans lequel la recherche d'un plein emploi de qualité et une plus grande cohésion sociale seraient des vecteurs essentiels pour la croissance. Sa dimension stratégique est nettement plus affirmée que dans les plans précédents avec trois grand axes cohérents par rapport aux objectifs transversaux européens : redresser les comptes des régimes sociaux pour viabiliser à terme le modèle social français et maintenir un niveau élevé de protection sociale, renforcer la qualité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de l'offre de soins de santé et de longue durée, poursuivre une stratégie globale et intégrée d'inclusion sociale fondée essentiellement sur les volets emploi (avec un accent mis sur l'insertion de groupes cibles, notamment les jeunes), logement et égalité des chances (approche transversale). L'interaction entre les politiques de protection et d'inclusion sociale et le développement de la croissance et de l'emploi est évoquée, qu'il s'agisse des mesures en faveur de l'emploi des moins qualifiés, des seniors ou des femmes ou de la prolongation de la vie active visée par la réforme des retraites de 2003. L'accent est mis sur l'évolution de la gouvernance des politiques sociales et le *mainstreaming*. Dans un contexte marqué, en matière d'égalité des chances, par le problème du chômage et l'exclusion des minorités visibles, l'égalité hommes/femmes, n'est pas un axe stratégique en soi.

[46] Moyenne UE de 64.5 et 66 pour les hommes et les femmes respectivement en 2003

Néanmoins, cette thématique est plus largement traitée que dans les plans précédents et les données statistiques en annexe sont le plus souvent sexuées.

3. Inclusion sociale

3.1 Tendances clés

Le taux de pauvreté pour l'ensemble de la population était à 13% en 2004 (14% pour les enfants et les femmes). Ce taux atteint 26% avant transferts (44% hors prestations de retraites et de survie). Les revenus nets de l'assistance sociale représentent 78,6% du seuil de pauvreté pour une personne seule, 81,7% pour un parent isolé avec deux enfants et 69,9% pour un couple avec deux enfants. Selon des sources nationales, la pauvreté administrative (bénéficiaires des minima sociaux) s'est accrue en 2004 et 2005 avec l'augmentation des allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) dont le taux de sortie du dispositif a diminué au cours des années récentes. Le chômage reste un problème majeur avec deux catégories très exposées : les 15-24 ans (22,7% de chômeurs en 2005), et la population immigrée (15% pour les hommes et 22% pour les femmes, avec des niveaux très supérieurs pour les non-ressortissants communautaires, y compris à caractéristiques égales avec le reste de la population). En 2005, 10,9% des adultes (9,5% des enfants) vivent dans des ménages sans emploi. L'échec scolaire touche encore 12,6% des jeunes (14,6% des garçons) en 2005.

3.2 Principaux défis et priorités

Le rapport retient trois priorités conformes aux objectifs européens et aux principaux défis identifiés dans le rapport conjoint 2006 : l'accès et le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées, l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, notamment ceux qui sont confrontés à la discrimination, le logement social et l'offre d'hébergement. Ces deux dernières problématiques nourrissent l'actualité sociale depuis l'automne 2005. L'apport du plan de cohésion sociale est souligné, notamment en matière d'emploi avec la rénovation du service public de l'emploi, le renforcement de l'accompagnement, l'accent sur l'apprentissage ou la refonte des contrats aidés qui participent largement à la baisse du taux de chômage depuis un an. Plusieurs mesures sont cependant trop récentes pour apprécier leur contribution réelle, dans la durée, aux objectifs poursuivis. Sont également mentionnés le succès du "contrat nouvelles embauches" (CNE) et l'essor des emplois de services à la personne, à nuancer, dans le premier cas, par les effets d'aubaine et dans le second, par la fréquence des temps partiels contraints.

Les dispositifs de suivi et d'évaluation ont été renforcés notamment par le regroupement d'instances pour améliorer les synergies ou la création d'agences permettant de nouveaux partenariats : l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) figure parmi les bonnes pratiques présentées, son pendant en matière sociale sera l'Agence nationale pour la cohésion sociale en 2007. L'effort global de l'Etat en faveur des politiques d'inclusion sociale est estimé aussi bien en 2006 qu'en 2007 à plus de 33 milliards d'euros. Le rapport mentionne ponctuellement la contribution du FSE. Une réflexion est en cours pour déterminer des objectifs chiffrés et sexués de résultat en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. A ce stade, le rapport inclut quelques objectifs de résultat visant le plus souvent la mise en place de dispositifs plutôt que les effets attendus. On relèvera cependant l'objectif clairement affiché d'augmenter le taux d'emploi des seniors de 2 points par an pour atteindre 50% en 2010.

3.3 Mesures politiques

Favoriser le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées constitue la première priorité avec trois axes, en premier lieu le développement de l'offre d'activité via des mesures classiques comme les allègements de cotisations sociales patronales (leur suppression en 2007 au niveau du SMIC pour les entreprises de moins de 20 salariés). Une évaluation des résultats eu égard aux coûts serait intéressante. Les dispositifs engagés sont poursuivis tels le CNE, l'encouragement de l'emploi dans certains secteurs, la validation des acquis de l'expérience (VAE) ou les nouveaux contrats aidés. Si ces derniers ont un succès indéniable, il semble que ce soit principalement dans le secteur non-marchand. Un travail nécessaire sur la formation dans le cadre de ces dispositifs sera effectué ainsi que sur la VAE pour s'assurer qu'elle bénéficie aussi aux personnes les plus éloignées de l'emploi. L'accent est également mis sur le secteur de l'insertion par l'activité économique (qui a reçu du FSE 30 M€ par an en 2000-2006). Le dispositif en faveur de la création d'entreprises sera renforcé (avec une mention particulière des femmes) en matière d'accompagnement après démarrage de l'activité. Le plan pour l'emploi des seniors 2006-2010 (doté de 10 M€) constitue la véritable nouveauté dans cet éventail de mesures. Le développement de l'égalité salariale est toujours affiché comme un objectif. Une évaluation est prévue en 2008. La professionnalisation des emplois de services à la personne est en revanche peu traitée. Le second axe met l'accent sur la sortie des logiques d'assistance et la reprise d'emploi avec le réaménagement des mécanismes d'intéressement et la prime pour l'emploi, fortement revalorisée en 2006 et 2007 mais dont l'impact serait très modéré sur la reprise d'activité. Le troisième axe vise la suppression des obstacles à l'accès à l'emploi. Sont mises en avant des mesures existantes d'accompagnement (avec une participation du FSE pour l'appui social individualisé de 12 M€ par an en 2000-2006), la réorganisation des services de l'emploi, la priorité d'accès aux structures d'accueil des jeunes enfants pour les bénéficiaires de minima sociaux, les actions en matière d'illettrisme, santé, mal-logement, surendettement et contre les discriminations à l'emploi liées au sexe, à l'âge, au handicap ou à l'origine ethnique. Une coopération est prévue entre les services d'accueil des populations immigrées et l'ANPE.

La seconde priorité vise l'insertion sociale et professionnelle des jeunes avec des mesures pour prévenir l'échec scolaire par l'accompagnement de 200 000 enfants et adolescents en graves difficultés (le programme de réussite éducative, cité comme une bonne pratique, constitue à ce stade un objectif), le doublement des médiateurs entre les familles et les institutions publiques, le renforcement des dispositifs d'orientation scolaire et universitaire, de nouveaux mécanismes de bourse et de tutorat. Il s'agit en second lieu de développer l'offre d'emploi : aux dispositifs existants (contrats jeunes en entreprises, mécanismes spécifiques d'accès à la fonction publique dont les résultats sont encore très limités) s'ajoutera une mobilisation renforcée des moyens de la politique de l'emploi en faveur des jeunes les moins qualifiés des quartiers défavorisés. Le troisième axe vise l'essor de l'apprentissage et la construction de parcours d'insertion : augmentation des jeunes en alternance dans les entreprises de plus de 250 salariés, apprentissage "junior" pour les 14-16 ans, poursuite des contrats de professionnalisation et du contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS) étendu en 2006 aux jeunes diplômés particulièrement éloignés de l'emploi, service civil volontaire orienté sur les métiers en tension. Enfin, la levée des obstacles à l'insertion repose aussi sur des actions d'information juridique, l'accès au logement, à la santé, aux loisirs. Peu de mesures intègrent spécifiquement la dimension de genre alors que les jeunes filles sont plus souvent victimes du chômage. Les seules mesures véritablement sexuées concernent l'accès à l'apprentissage et la diversification des choix d'orientation scolaire. Cependant, les précédentes mesures de ce type ne semblent pas avoir fait l'objet d'une analyse d'impact.

Développer l'offre de logement social et d'hébergement de qualité constitue la troisième priorité dans le cadre du plan de cohésion sociale et du pacte national pour le logement. Si la relance de la construction est indéniable (avec un objectif de 100 000 logements sociaux en 2006 - 500 000 en 2005-2009), les associations craignent néanmoins que cet effort bénéficie surtout aux classes moyennes. Plusieurs mesures doivent permettre un meilleur accès et le maintien dans le logement. Le droit opposable au logement, demande récurrente des associations, sera expérimenté au niveau local dans les agglomérations de plus de 50 000 habitants, selon des modalités non précisées. La lutte contre l'habitat indigne, citée comme une bonne pratique, constitue un objectif avec une amorce de réalisation. Elle est renforcée avec la création d'un fonds d'aide au relogement d'urgence (20 M€ sur cinq ans). Le développement de formules de logements adaptés et du dispositif d'accueil pour les catégories les plus précarisées est prévu et la problématique des gens du voyage et des femmes immigrées prise en compte. La double discrimination est traitée sous l'angle de l'accès à un logement distinct pour faciliter la séparation des ménages polygames, l'octroi des prestations familiales à la mère et un accès à la formation.

3.4 Gouvernance

Le rapport est essentiellement le fruit d'un travail interministériel. Trois instances consultées sont signalées dont le Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) et le Conseil national de l'insertion par l'activité économique. Il a été précédé d'une conférence nationale (avril 2006) préparée par des réunions territoriales thématiques impliquant de nombreux acteurs. Le renouvellement du pilotage par l'Etat se poursuit avec des objectifs ambitieux pour la période 2006-2008. L'évaluation systématique des nouvelles mesures est annoncée ainsi que la création d'un groupe de suivi du rapport 2006-2008 au sein du CNLE et la poursuite du travail engagé sur les indicateurs de suivi, déjà très complets. Un débat parlementaire sur le plan inclusion, très largement méconnu, est prévu ainsi que sa diffusion auprès des acteurs. L'évaluation par les usagers sera développée et l'approche intégrée confortée via les mécanismes existants au niveau interministériel et le document de politique transversale, le maintien d'une conférence nationale et de réunions territoriales. Le chantier le plus novateur réside dans l'annonce d'une mise en cohérence des dispositifs au niveau local avec des commissions départementales qui auraient un rôle de coordination et participeraient à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des objectifs et indicateurs du plan. Ce souci de cohérence apparaît aussi dans le vœu d'intégrer les actions d'insertion et d'inclusion dans des projets locaux de développement durable.

4. Pensions

En 2004, les personnes âgées ont joui d'un niveau de vie relatif proche de celui de la population générale (90 %), tandis que le risque de pauvreté parmi les personnes âgées (16 %) a été légèrement plus élevé que celui affectant la population âgée de moins de 65 ans. Cette augmentation du taux d'emploi des travailleurs âgés s'est ralentie et stabilisée à un niveau relativement bas de 37,9 % en 2005.

Le rapport 2006 sur la viabilité considérait la France comme un État membre à moyen risque en ce qui concerne la viabilité des finances publiques, en raison notamment de la mauvaise situation budgétaire actuelle, mais aussi compte tenu des effets de la promulgation des réformes des retraites. Selon les projections budgétaires réalisées par le groupe de travail sur le vieillissement, les dépenses publiques affectées aux retraites devraient augmenter de 1,9 point de pourcentage entre 2004 et 2050, alors que selon les projections du sous-groupe «indicateurs» (SGI), les taux de remplacement théoriques devraient diminuer à l'avenir. Dans le cas d'un travailleur prenant sa retraite à 65 ans après 40 ans de service rémunéré à un

salaire moyen, le taux de remplacement net diminuera de 80 % en 2005 à 63 % en 2050 (le taux de remplacement brut passant de 66 % à 49 %). Pour maintenir des taux de remplacement adéquats, la réforme vise néanmoins à accroître la période assurée au-delà de 40 ans, conformément aux augmentations de l'espérance de vie.

Le Rapport conjoint 2006 a mis en relief les récents progrès dans la réforme des retraites, tout en soulignant l'importance capitale de nouvelles améliorations de la situation de l'emploi des travailleurs âgés.

La réforme de 2003 a considérablement amélioré le financement du système de retraite pour les décennies à venir. Elle a préservé l'architecture de base du système actuel tout en contribuant à le rendre plus équitable à l'égard des affiliés des différents régimes. Bien qu'à l'heure actuelle, l'adéquation des prestations ne constitue pas un problème majeur, les projections actuelles indiquent une diminution du taux de remplacement à l'avenir et les niveaux des retraites devront dès lors être étroitement surveillés, en particulier ceux des couches les plus vulnérables de la population. Un taux de remplacement net de 85 % a toutefois été fixé comme objectif à partir de 2008 pour les retraites les plus modestes (personnes rémunérées au salaire minimum) et sera réexaminé en 2008.

Les mesures incitant à prolonger la vie active ont été encore renforcées en 2006 dans le cadre d'un plan d'action national pour l'emploi des personnes âgées (notamment le mécanisme de la surcote et de meilleures possibilités de combiner emploi et retraites), ce qui constitue une nouvelle avancée vers la garantie de la viabilité financière à long terme du système de retraite. Malgré les hausses enregistrées récemment, le taux d'emploi des personnes âgées reste bas et de nouvelles mesures seront nécessaires, notamment pour réduire le nombre de départ prématurés du marché du travail. Les réformes actuelles ne pourront être pleinement efficaces qu'à condition de s'accompagner d'une stratégie durable d'accroissement de la participation des travailleurs âgés au marché du travail et d'une augmentation de l'emploi en général. La réforme de 2003 prévoit des révisions quadriennales, dont la première, prévue pour 2008, devrait entraîner une nouvelle augmentation d'un an du nombre d'années de cotisation requis pour l'obtention d'une retraite complète, qui passera de 40 à 41 ans entre 2009 et 2012 pour les salariés des secteurs public et privé.

5. Santé et soins de longue durée

5.1 Santé

Description du système: Le système français de santé repose sur des principes de solidarité et d'universalité : il couvre l'ensemble de la population sur une base prioritairement professionnelle et, depuis 2000, subsidiairement résidentielle. Financés de manière mixte (cotisations sociales et impôt), les régimes de base couvrent environ ¾ de la dépense de soins mais offrent une prise en charge meilleure pour les personnes souffrant d'affections de longue durée. Les personnes défavorisées bénéficient d'une couverture maladie complémentaire gratuite (CMUC). Une large partie de la population (92%) souscrit une assurance complémentaire santé dans un cadre professionnel ou personnel. Le principe de base est le remboursement aux assurés des frais de santé qu'ils ont payés mais le règlement direct des frais (le "tiers payant") par les caisses d'assurance maladie ou les assureurs complémentaires est possible, c'est la règle pour l'hospitalisation. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) réunissant les principaux régimes d'assurance maladie préexistants (général, agricole et personnes indépendantes) a été créée en 2004. Elle est chargée de la

fixation des taux de remboursements dans la limite d'une fourchette fixée par l'Etat et de l'inscription des actes et des prestations au remboursement. Les caisses d'assurance maladie sont associées à la détermination des objectifs annuels de dépenses votés par le Parlement et présentent à cet effet chaque année des prévisions de dépenses et de recettes qui sont prises en compte pour la détermination de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. L'Etat détermine en général les prix, notamment la tarification des établissements de santé et des médicaments remboursables. Les établissements de santé et les médecins indépendants sont rémunérés sur la base d'une "tarification à l'activité". Les médecins employés dans les hôpitaux publics sont payés sur une base salariale.

Accès: Les personnes à faibles revenus bénéficient de mécanismes complémentaires tels qu'une prise en charge systématique, à 100% des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais, dans le cadre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Les foyers dont les ressources sont légèrement supérieures aux conditions d'accès à la CMUC bénéficient d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé sous forme de crédit d'impôt, dont le seuil sera porté de 15 à 20% du plafond de la CMU en 2007 afin d'augmenter le nombre de bénéficiaires. Toutefois, des contrastes importants persistent entre les groupes sociaux en matière d'accès aux soins, notamment à la médecine spécialisée, aux auxiliaires médicaux et aux soins optiques et dentaires. Des disparités géographiques de l'offre de soins sont observables au niveau local. Des mesures spécifiques, dont les primes facilitant l'installation des médecins généralistes dans les zones déficitaires, ont été prises. Depuis 2004, une responsabilisation accrue des patients a été mise en place : en vue d'améliorer la coordination des soins et d'éviter des actes redondants, l'incitation à désigner un médecin traitant, l'établissement progressif d'un dossier médical personnel informatisé avec des clauses pénalisantes (moindre prise en charge des tarifs dans les cas de soins "hors parcours de soins", de non présentation du dossier médical personnel ou de dépassements de tarifs par les médecins traitants), ont été introduits. Les dépenses de santé directement supportées par les patients (non couvertes par le régime de base, ni par la CMUC, ni par les assureurs complémentaires) sous forme d'un "ticket modérateur" représentent environ 10% des dépenses totales.

Qualité: L'évaluation de la qualité des pratiques et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques a été renforcée et relève de la Haute autorité de santé (HAS). Ses principales missions ont trait à la synthèse des connaissances en matière d'évaluation (technologique, pratiques professionnelles, formation à l'audit clinique...) et à l'élaboration de recommandations ("recommandations pour la pratique clinique", références médicales, conférences de consensus sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques). La HAS est également responsable de la procédure d'accréditation des établissements de santé (procédure renouvelable au moins tous les 5 ans) La formalisation des stratégies de santé publique via des plans thématiques nationaux déclinés à l'échelon régional (cancer, maladies chroniques ...) contribue à l'amélioration des standards de qualité. Le choix du prestataire de santé est libre, y compris le spécialiste, et il y a peu de listes d'attente. Les droits du patient ont graduellement été renforcés (notamment droit à un consentement libre et éclairé, à l'accès direct au dossier médical), au travers des reformes législatives comportant des mesures visant à améliorer la qualité du système (obligation de formation continue des médecins, évaluation des pratiques professionnelles, amélioration du fonctionnement des juridictions des ordres des professions médicales et développement de réseaux de santé). Les dispositifs de prévention ont été renforcés afin de promouvoir une culture de santé publique et de prévention.

Viabilité à long terme: Le principal défi est le décalage entre les recettes et les dépenses de santé. Les charges augmentant plus vite que les recettes, le déficit de la CNAM qui s'élevait à 11,6 Mds € en 2004 a commencé à se réduire en 2005 (8 Mds €) sous l'effet des mesures prises. Un comité d'alerte a été institué pour veiller au respect de l'objectif national de dépenses. En cas de dérive pressentie supérieure à 0,75 point de dépenses, le comité alertera les autorités et les caisses nationales afin de prendre des mesures correctives. La dépense totale dédiée à la santé représentait 10% du PIB soit 3016 PPP$ par tête, en 2004. En 2004, la partie publique correspondait à 76,5% de cette dépense. Selon les projections 2006 de l'EPC/EC, les dépenses publiques de santé et de soins devraient augmenter de 1,8 point de pourcentage du PIB d'ici à 2050 sous l'effet du vieillissement démographique. La régulation des dépenses par le ticket modérateur pouvant être atténuée par le recours très répandu à une assurance complémentaire santé, des modes de régulation plus "médicalisés" ont été établis (l'appréciation du "service médical rendu" modulant le taux de prise en charge, la promotion du bon usage des soins avec des effets positifs pour la consommation des antibiotiques et le recours accru aux génériques). Les prix des médicaments sont révisés régulièrement et le médicament générique est promu. La convention médicale de 2005 a visé une économie de 1 Md €, notamment dans les domaines où la consommation de soins est nettement supérieure par rapport à d'autres pays (psychotropes, antibiotiques). Une participation forfaitaire sur les actes a été introduite. Á l'hôpital, la recherche d'économies se focalise sur une rationalisation des politiques d'achats.

5.2 Soins de longue durée

Description du système: Le système repose sur une double prise en charge. D'une part, l'assurance maladie finance les soins fournis par les établissements d'hébergement au profit de leurs résidents handicapés ou dépendants, les unités de soins de longue durée (services hospitaliers pour des patients sans autonomie de vie) et les soins infirmiers pour les résidents à domicile. Les frais des soins sont directement réglés par les caisses d'assurance maladie dans le cadre du "tiers payant". Le tarif "soins" étant couvert par l'assurance maladie, le tarif "hébergement" est à la charge de la personne ou de l'aide sociale si ses ressources sont insuffisantes. L'assurance maladie est le seul financeur de la prise en charge socialisée des soins de longue durée (8% de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie). D'autre part, deux dispositifs essentiellement financés par l'Etat et les collectivités locales offrent des allocations pour faire face aux charges financières liées à la perte d'autonomie, à domicile ou en établissement : prestation de compensation du handicap (PCH), allocation personnalisée d'autonomie (APA pour les personnes âgées dépendantes). Des aides ménagères sont également versées au titre de l'action sociale des caisses d'assurance vieillesse. Les personnes âgées ou handicapées ont aussi recours au système de soins de droit commun, bénéficiant ainsi des mêmes prestations que les autres assurés. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), centralise les fonds issus de la contribution de solidarité autonomie et de la dotation de l'assurance maladie définie dans l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie. La CNSA verse aux départements une contribution au financement de l'APA et de la prestation de compensation et répartit ainsi, entre régions et départements, l'effort de solidarité nationale. Les départements financent la partie dépendance du tarif des établissements et, d'une manière générale, compensent la perte d'autonomie dans le cadre des prestations (APA, PCH).

5.2.2 Accès: Des réformes récentes visent à développer les structures assurant une prise en charge sanitaire adaptée d'ici à fin 2007. Un plan de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées ou dépendantes a été lancé. Pour permettre l'accès aux soins de longue durée, un effort de structuration de l'aide financière à l'autonomie a été mené

avec des résultats positifs (aides financières, réductions d'impôt, choix sur la prestation de compensation en nature ou espèces, aide ménagère...), réduisant les coûts de recours aux soins à domicile et en hébergement. Le problème de solvabilité demeure cependant et des efforts visant une meilleure coordination des sources financières sont nécessaires afin d'assurer une prestation de services uniforme. Le financement de l'aide ménagère par les communes et les caisses d'assurance vieillesse lorsque le niveau de dépendance de la personne est inférieur à celui requis pour bénéficier de l'APA et le chèque emploi service universel (CESU) qui solvabilise davantage les utilisateurs potentiels de services à domicile et peut être préfinancé par un tiers payant sont des exemples des efforts réalisés pour aider les personnes handicapées ou dépendantes.

Qualité: Les établissements et services médico-sociaux, financés par l'assurance maladie, doivent être préalablement autorisés conjointement (Etat, département). Leurs budgets de soins et tarifs sont négociés annuellement. Les droits des usagers ont été renforcés (livret d'accueil, contrat de séjour, projet d'établissement). Des normes d'application volontaires viennent en appui de la politique de qualité (i.e. services aux personnes à domicile). Une augmentation de la formation ainsi que la validation des acquis de l'expérience (VAE), pièce maîtresse de la professionnalisation de ces métiers, répondent au besoin croissant de personnels qualifiés. Les autorités veulent coordonner davantage le secteur sanitaire et le secteur médico-social en lançant un nouveau plan "solidarité grand âge 2007-2012" qui aura pour objectif d'encourager les alternatives à la prise en charge hospitalière et de mieux structurer l'offre dans les territoires à partir d'une filière gériatrique qui coordonnerait les différents intervenants. Un congé de soutien familial, qui offrira aux aidants un cadre juridique protecteur pour leurs emplois mais pas d'indemnisation, sera créée en 2007.

Viabilité à long terme: Les moyens financiers affectés par l'assurance maladie aux soins de longue durée ont augmenté à un rythme supérieur à 7% durant les dernières années (rythme supérieur à celui de l'accroissement des recettes de l'assurance maladie). Des ressources nouvelles sont affectées au financement de la CNSA : la contribution de solidarité autonomie (0,3% sur les salaires en contrepartie d'une journée de travail supplémentaire non rémunérée) et une contribution de 0,3% additionnelle aux prélèvements sociaux effectués sur certains revenus du patrimoine et des placements. Une partie de ces ressources permettra de compléter l'apport de l'assurance maladie pour le financement des structures médico-sociales. Les dépenses à charge des résidents en établissement sont corrélées à l'évolution de la partie hébergement. L'évolution des dépenses (coûts et salaires) étant encadrée par l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie et la CNSA, l'augmentation des ressources est limitée.

6. Défis

- Promouvoir l'inclusion active, en particulier l'accès et le retour durable sur le marché du travail des personnes qui en sont le plus éloignées avec une attention particulière pour l'intégration effective, professionnelle et socio-économique, des minorités visibles, en particulier les jeunes ;

- Résorber la crise du logement, notamment dans les zones urbaines les plus exposées ;

- Assurer l'adéquation des prestations et la viabilité financière des retraites en créant les conditions qui permettront aux travailleurs âgés de prolonger leur activité professionnelle et de réagir favorablement à l'amélioration des mesures d'incitation à l'emploi dans le système des retraites;

- Consolider la soutenabilité financière du système de santé par un approfondissement des réformes visant à assurer une meilleure coordination et intégration du parcours de soins, sur la base d'un pilotage à partir du médecin traitant qui pourrait amener, entre autres, à une rationalisation de la consommation pharmaceutique ainsi qu'une association plus directe de tous les acteurs à l'utilisation plus efficace des ressources ;

- Pour les soins de longue durée, assurer une coordination des différents acteurs de financement afin de réduire le reste à charge pour les personnes, assurant ainsi une meilleure égalité d'accès aux soins de longue durée, et de garantir la solvabilité à long terme du système dont les coûts vont nécessairement augmenter en prenant en compte les évolutions démographiques, le vieillissement de la population et les progrès médicaux et technologiques.

France: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	4.0	113.3
2002	1.0	112.0
2004	2.3	107.7
2006	2.2f	107.3f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	62.1	69.2	55.2	28.6	29.9
2002	63.0	69.5	56.7	29.9	34.7
2004	63.1	69.0	57.4	30.4	37.3
2005	63.1	68.8	57.6	30.1	37.9

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	9.1	7.6	10.9	20.1
2002	8.7	7.8	9.8	19.7
2004	9.6	8.7	10.6	21.8
2005	9.7	8.8	10.7	22.7

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	73.9	81.8	16.1	20.6	60.0	62.4	4.9
2000	75.3	82.7	16.7	21.2	60.1	63.2e	4.4
2004	76.7sp	83.8sp	17.7sp	22.1sp	60.6e	63.9e	3.9

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop.
1995	9.5	76.3	-		
2000	9.3	75.8	10.5	99.9	86
2004	10	76.5	10.1		

e: estimate; p: provisional; s: eurostat estimate *THE: Total Health Expenditures **PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	30.3	43.5	28.3	7.9	10	4.5	5.9
2000	29.5	44.4	28.8	7.2	9.1	4.7	5.9
2004	31.2	43.6	30	7.8	8.5	4.4	5.8

* including administrative costs

Age- related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long - term care
2005	25.3	26.7	12.8	7.7	
2010	25.9	0			
2030	40.7	1.9	1.5	1.2	
2050	47.9	2.9	2	1.8	

France: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk-of-poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	13	14	13	12	16	17	15	17	17	15	**Total**	4.0
Male	12	-	12	11	15	17	-	17	19	13	**Male**	-
Female	14	-	13	12	18	16	-	17	17	17	**Female**	-

	People living in jobless households: Children Total	% of people aged 18-59*: Total	Male	Female
1999	9.9	11.3	10.1	12.5
2004	9.6	10.8	9.5	12.1
2005	9.5	10.9	9.9	12.0

	Long-term unemployment rate (% of people aged 15-64): Total	Male	Female
1999	4.1	3.4	4.9
2004	3.9	3.5	4.3
2005	4.0	3.5	4.6

	Early school-leavers (% of people aged 18-24): Total	Male	Female
1999	14.7	16.0	13.4
2004	14.2	16.1	12.3
2005	12.6	14.6	10.7

** excluding students*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.899	0.930	0.881	***Aggregate replacement ratio***	0.663	0.723	0.601

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*					
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates		
									Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Current estimate (2002)	Assumption
-17	-17	-17	DB			Nd			20		

**:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

ITALIA

1. Situazione e principali tendenze

Dopo un periodo di debole crescita economica, nel 2005 il PIL italiano è rimasto stabile, come pure il tasso occupazionale (tuttavia le previsioni per il 2006 mostrano una crescita di 1.7 punti percentuali). Fra il 2004 e il 2005 il mercato del lavoro ha registrato un leggero miglioramento, con una modesta creazione di posti di lavoro e una riduzione della disoccupazione (dall'8% al 7,7%). Quest'ultimo risultato è dovuto in parte a un effetto dissuasivo tra i giovani e le donne (in particolare fra le donne dell'Italia meridionale); in effetti, fra il 2003 e il 2005 sono diminuiti il tasso generale di attività (-0,5%) e il tasso di attività femminile, dopo una tendenza all'aumento di lungo periodo, che si è invertita da positiva a negativa nel 2004 e seguita nel 2005 da una leggera contrazione (da 50,4% a 50,3%). Negli ultimi anni il tasso occupazionale totale è aumentato, ma con una percentuale del 57,6% nel 2005 si colloca ben al di sotto degli obiettivi di Lisbona. La situazione è particolarmente negativa per quanto riguarda i lavoratori più anziani (tra i 55 e i 64 anni), nel caso dei quali, malgrado recenti incrementi, il tasso occupazionale nel 2005 è del 31,4%, in contrasto con l'obiettivo di Lisbona del 50%. Squilibri territoriali e divari fra i sessi caratterizzano ancora il mercato italiano del lavoro, come pure una sempre crescente flessibilità – in particolare per quanto riguarda i giovani, nonché una presenza persistentemente elevata di posti di lavoro irregolari.

Nel 2004 il tasso delle persone a rischio di povertà in Italia[47] era del 19% e i dati nazionali indicano che la situazione è rimasta relativamente stabile nel corso degli ultimi anni. Secondo gli ultimi dati Eurostat disponibili (2004), l'Italia spende il 26,1% del suo PIL per la protezione sociale; queste spese sono per lo più destinate alle pensioni d'anzianità e di reversibilità[48] (61,3%) e alle cure sanitarie (25,9%), mentre aspetti quali la disoccupazione, gli alloggi e l'inclusione sociale sono caratterizzate da una persistente mancanza di sostegno. A causa dell'invecchiamento della popolazione e di un basso tasso di fecondità (1.33 nel 2004) l'Italia dovrà affrontare un'evoluzione demografica fortemente negativa nel corso dei prossimi decenni: è previsto che entro il 2050 il tasso di dipendenza degli anziani (29.4 nel 2005) sia pari a 66, con una proiezione dell'aumento della spesa sociale pari a 1.8 punti. La speranza di vita (77.1 anni per gli uomini e 82.8 anni per le donne) e la speranza di vita in buona salute (70.9 e 74.4 anni rispettivamente) sono elevate e al di sopra della media dell'UE. La mortalità infantile, con un tasso 4.1 per 1000 nel 2004, è leggermente al di sotto della media europea.

2. Strategia generale

La presente relazione sottolinea una nuova impostazione strategica evidente: le politiche d'inclusione sociale e di protezione sociale hanno acquisito maggiore importanza nell'agenda

[47] Va osservato che, a causa di un miglioramento metodologico relativo all'attuazione nel 2005 delle statistiche EU-SILC, che ha interessato in modo diverso vari gruppi della popolazione e ha determinato un forte aumento della soglia relativa delle persone a rischio di povertà, i dati che figurano per il 2004 non possono essere paragonati ai valori pubblicati l'anno scorso (esercizio SILC 2004 per il reddito relativo al 2003). In particolare, le forti differenze da un anno all'altro (per quanto riguarda gli indicatori della soglia di povertà delle persone anziane – il tasso del rischio di povertà delle persone di età superiore ai 65 anni, il reddito relativo delle persone di età superiore ai 65 anni, tassi di sostituzione ecc.) non possono essere considerate significative. In un prossimo futuro i dati per l'esercizio 2004 SILC verranno corretti a posteriori per permettere confronti fra un anno e l'altro.

[48] Occorre notare che in Italia prestazioni come il Trattamento di Fine Rapporto (TFR) sono classificati come 'anzianità', ma sono parzialmente spese per disoccupazione. Queste prestazioni rappresentato 5% del totale delle prestazioni sociali.

del governo. In tutto il testo vi sono frequenti riferimenti alle questioni di genere e si può ritenere adeguata l'attenzione e la visibilità attribuita alla parità fra i generi. Il principale aspetto positivo del documento è costituito da buone linee guida strategiche, ma, d'altra parte, nonostante un certo miglioramento, troppi pochi obiettivi sono chiaramente mirati.

La sfida principale identificata nella relazione italiana riguarda la possibilità di garantire una sostenibilità a lungo termine delle finanze pubbliche promuovendo al tempo stesso una forte crescita economica e maggiore coesione ed equità a livello sociale. Per affrontare questa sfida l'Italia ha individuato quattro settori d'azione prioritari: 1. la riduzione della povertà; 2. lo sviluppo del sistema pensionistico per garantirne sia l'adeguatezza che la sostenibilità finanziaria; 3. la disponibilità di un sistema sanitario più accessibile, efficiente ed adattato; 4. la riduzione delle disparità regionali.

In questo modo vengono presi in considerazione i tre obiettivi generali del nuovo MAC, ma i risultati non sono sempre soddisfacenti. La relazione fa spesso riferimento a priorità e misure per raggiungere il primo obiettivo (coesione sociale, inclusione, protezione, pari opportunità), e il terzo obiettivo (governance) viene citato esplicitamente, ma non sufficientemente sviluppato. Il secondo obiettivo (integrazione con le strategie di Lisbona e Gothenburg) risulta più esplicito nel testo del capitolo sull'inclusione sociale, essendo illustrato con un esempio concreto relativo ad una riduzione delle imposte connessa ai costi del lavoro; purtroppo non viene fatto alcun riferimento alla strategia comunitaria per lo sviluppo sostenibile.

3. Inclusione sociale

3.1. Principali tendenze

Nel 2004 il tasso totale delle persone a rischio di povertà, al netto delle prestazioni sociali, è del 19%, ma risulta del 24% per le persone al di sotto dei 18 anni. Il numero di figli nei nuclei familiari senza occupati è andato costantemente riducendosi nel corso degli ultimi anni, fino ad un tasso del 5,4% nel 2006 (- 2,9% rispetto al 1999); anche il numero di componenti dei nuclei familiari senza occupati si è ridotto nel corso dello stesso periodo fino al 9,2%. Secondo le statistiche nazionali ufficiali il tasso di povertà generale è rimasto relativamente stabile nel corso degli ultimi anni. Va osservato tuttavia che l'Italia valuta la condizione di povertà in base alle spese per i consumi, che sono influenzate dalla media nazionale dei consumi; ciò significa che quando le condizioni di vita generali peggiorano, il valore della soglia di povertà basata sulle spese si riduce conseguentemente e alcuni settori possono apparire statisticamente meno poveri di quanto non lo siano in realtà. In effetti l'indicatore nazionale italiano tende a ridurre il tasso di popolazione a rischio di povertà di circa 6 punti percentuali rispetto all'indicatore europeo basato sul reddito.

Il profilo della povertà non ha subito cambiamenti significativi: risulta prevalentemente concentrato nel meridione e interessa principalmente le famiglie numerose, le famiglie il cui capofamiglia è disoccupato, è una donna o ha un basso livello d'istruzione e, in generale, le famiglie con tre o più minori. Il tasso del rischio di povertà aumenta notevolmente di pari passo con il numero di figli a carico: dal 15% (1 figlio), fino al 22% (2 figli), e al 35% (3 o più figli). In generale le donne presentano un tasso più elevato di rischio di povertà e la differenza aumenta con l'età (fino a 7 punti percentuali in più per le persone anziane).

In Italia sono particolarmente bassi i tassi occupazionali dei giovani, fra i più bassi dell'UE; questi non rispecchiano inoltre elevati tassi di frequenza scolastica o elevati livelli d'istruzione. In effetti, il livello d'istruzione dei giovani è più basso rispetto agli altri paesi

europei, sebbene registri una tendenza all'aumento. La percentuale di abbandono scolastico prematuro, sebbene in calo, è ancora elevata e ben al di sopra (+6,8%) della media europea (21,9% nel 2005), registrando inoltre un notevole divario di genere (17,8% per le ragazze e 25,9% per i ragazzi). I risultati mediocri in termini di livello d'istruzione e di tasso occupazionale mettono in evidenza le difficoltà cui si trovano confrontati i giovani nel passaggio dalla scuola all'attività lavorativa. Queste difficoltà sono evidenziate dal forte tasso di disoccupazione dei giovani (oltre il 50% della disoccupazione totale) e dai lunghi periodi di disoccupazione (la disoccupazione a lungo termine è particolarmente elevata fra i giovani).

3.2 Sfide e priorità chiave

Il capitolo inclusione sociale della relazione sulla strategia nazionale italiana si basa su un approccio pluridimensionale e appare evidente che vengono compiuti sforzi per favorire l'integrazione di ambiti strategici e di vari livelli governativi. La relazione è centrata su cinque priorità d'azione nazionali: migliorare l'accesso a diritti e servizi; ridurre la povertà, con particolare riferimento alla povertà infantile; rafforzare l'inclusione sociale dei migranti e dei disabili; incrementare la partecipazione al mercato del lavoro, in particolare per quanto riguarda le donne, i giovani e i lavoratori anziani; ridurre gli squilibri regionali.

Per quanto riguarda le principali sfide identificate nella relazione congiunta 2006, i progressi più evidenti in Italia riguardano l'occupazione, ma si è ancora molto lontani dal raggiungere gli obiettivi di Lisbona.

L'importanza del FSE è sottolineata in relazione al finanziamento di studi specifici a livello nazionale.

3.3. Misure strategiche

Le misure identificate nella relazione sulla strategia nazionale e corrispondenti alle cinque priorità selezionate, qualora attuate in maniera adeguata, potrebbero favorire la riduzione della povertà e dell'esclusione sociale. Tuttavia risulta difficoltoso giudicarne l'adeguatezza a causa della frequente mancanza di un valido background analitico e di una valutazione dell'impatto delle strategie precedenti e delle carenze in termini di obiettivi e indicatori. Le misure saranno finanziate principalmente a partire dal bilancio nazionale e dal Fondo sociale, ma l'assegnazione delle risorse finanziarie a misure specifiche non risulta sempre chiara. Esiste un rischio prevedibile in termini di gestione frammentata e difficoltà di valutazione.

La prima priorità (migliore accesso a diritti e servizi) sarà perseguita perlo più compiendo nuovi sforzi per definire, attraverso una maggiore cooperazione con le regioni, i livelli di base dei servizi sociali, previsti nella riforma nazionale del 2000, ma non ancora realizzati. Inoltre grande attenzione viene riservata alla necessità di valutare e monitorare più attentamente tutto il sistema di previdenza sociale per orientare le azioni e le risorse laddove sono più necessarie e per ridurre le disparità regionali. Desta preoccupazione la persistente mancanza di servizi assistenziali per bambini e anziani e a questo scopo sono predisposte misure e risorse specifiche. Livelle di base di prestazioni e servizi che dovranno essere garantiti sull'intero territorio nazionale verranno definiti a partire da queste due aree prioritarie. E' stato creato un nuovo fondo nazionale per le persone non autosufficienti, secondo quanto previsto nella legge finanziaria del 2007; la legislazione di attuazione dovrebbe seguire entro l'anno. Sarà promosso un piano specifico per incrementare la possibilità di accedere a servizi per l'infanzia per i bambini di età compresa fra 0 e 2 anni (+ 6% nel prossimi cinque anni), ma occorre

compiere ulteriori e maggiori sforzi dal momento che l'Italia è ancora molto lontana dall'obiettivo del 33% (9,9% nel 2005).

Per quanto riguarda la seconda priorità (ridurre la povertà), l'Italia è impegnata a ridurre il tasso di rischio di povertà per portarlo al livello della media europea entro il 2010 (secondo gli ultimi dati Eurostat disponibili, attualmente si colloca a 3 punti percentuali in più). Questa priorità sarà perseguita per lo più grazie alla riforma fiscale che favorisce le famiglie numerose e a basso reddito attraverso l'effetto combinato delle aliquote, delle deduzioni e degli assegni familiari. Il governo si è inoltre impegnato in modo specifico a introdurre un programma di reddito minimo, ma non sono stati forniti particolari circa l'attuazione pratica. Un piano nazionale per l'alloggio destinato alle persone e ai nuclei familiari svantaggiati è stato annunciato e viene inoltre citata brevemente la necessità di raccogliere dati aggiornati sui senzatetto.

La terza priorità è riferita a due gruppi bersaglio specifici: gli immigrati e i disabili. Il cambiamento di orientamento politico risultante dalle ultime elezioni politiche di primavera è particolarmente evidente per quanto riguarda le politiche sull'immigrazione, nell'ambito delle quali l'approccio restrittivo degli ultimi anni si sta gradatamente trasformando in una maggiore apertura e un contesto pluridimensionale. Sono state applicate leggi nazionali ed è stato presentato un progetto di legge per andare meglio incontro alle esigenze del mercato del lavoro e per lottare contro l'illegalità e il lavoro nero. Sono inoltre previsti cambiamenti significativi per quanto riguarda le regole relative alla cittadinanza. Nella legge finanziaria del 2007 è previsto un nuovo fondo nazionale per l'inclusione sociale degli immigrati che riguarda in modo particolare le difficoltà sociali e di alloggio. Infine, a livello nazionale, risorse finanziarie adeguate sono destinate all'integrazione scolastica dei minori stranieri, con particolare attenzione per i minori appartenenti a minoranze etniche. La relazione sottolinea l'importanza di integrare le politiche relative alla disabilità, per lo più attraverso nuove forme di coordinamento fra le autorità centrali e quelle locali, con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle ONG. Sono previste misure nei settori dell'istruzione e dell'occupazione, nonché iniziative per rafforzare e semplificare le procedure in materia di protezione sociale e per rendere tutto il contesto giuridico generale più coerente e più chiaro.

Per quanto riguarda la quarta priorità (incrementare la partecipazione al mercato del lavoro), sono previsti notevoli cambiamenti per limitare l'incertezza e la frammentazione occupazionale, con particolare attenzione per il divario nord-sud e le pari opportunità. La misura più importante presentata nella relazione è la riduzione del 5% delle imposte sul lavoro per quanto riguarda i contratti a tempo indeterminato; la riduzione è ancora più elevata per i datori di lavoro con sede nell'Italia meridionale, che assumono lavoratrici donne. Inoltre sono in fase di introduzione incentivi gestiti nell'ambito di accordi collettivi, al fine di trasformare i lavori a tempo determinato in lavori a tempo indeterminato. Sono previste alcune possibilità di estensione delle prestazioni sociali di disoccupazione per i lavoratori atipici e temporanei, ma purtroppo manca ancora una riforma più sistematica e coerente del sistema generale degli "ammortizzatori sociali". Si stanno introducendo nuovi meccanismi per lottare contro il lavoro non dichiarato e vengono destinate più risorse alle azioni positive a favore dell'occupazione delle donne. Per favorire la possibilità che i giovani accedano all'occupazione, al credito, agli alloggi e alla cultura, l'Italia adotterà un piano nazionale per la gioventù che dedicherà particolare attenzione alle strategie in materia d'istruzione e di formazione. Problemi quali l'abbandono scolastico precoce, l'apprendistato e l'orientamento sono esplicitamente presi in considerazione ed è già stato creato un nuovo fondo nazionale a questo scopo. Sono previste misure specifiche per incrementare il tasso occupazionale dei lavoratori più anziani, quali i servizi per il passaggio dall'"assistenza al lavoro" per 3.000

lavoratori anziani disoccupati, previsti dalla legge 202/2006, iniziative di apprendimento lungo tutto l'arco della vita per 50.000 dipendenti "over 50" nell'arco dei prossimi due anni e un nuovo accordo sperimentale per la solidarietà intergenerazionale previsto nella legge di bilancio 2007.

La quinta e ultima priorità è destinata alla riduzione delle disparità regionali. Come è stato fatto presente già prima, sono previsti vantaggi fiscali per l'assunzione di lavoratrici donne nell'Italia meridionale, nonché un sistema di credito d'imposta per gli investimenti innovatori nelle zone sottosviluppate. Un considerevole sforzo finanziario verrà dedidacto allo sviluppo del regioni meridionali, secondo la legge di bilancio 2007 che prevede la stabilizzazione del FAS (Fondo per le aree sottosviluppate) per un periodo di sette anni secondo i regolamenti dei fondi strutturali per gli anni 2007-2013. In questo nuovo quadro una delle priorità è l'inclusione sociale, e in particolare un'attenzione speciale è dedicata allo sviluppo dei servizi per le persone anziane e i bambini. Inoltre, iniziative per rafforzare lo sviluppo sociale nella zona sono state lanciate anche nel settore non-profit, come la nuova "Fondazione per il sud" per promuovere e rafforzare le infrastrutture sociali.

3.4. Governance

Il nuovo governo sembra impegnato nel rilanciare l'impostazione introdotta dalla riforma nazionale del 2000, caratterizzata da un contesto istituzionale basato sui principi di sussidiarietà. Vengono citati un gran numero di strumenti di governo quali le conferenze permanenti, gli accordi di programmazione, i meccanismi di codecisione, i sistemi di monitoraggio e gli organi di consultazione. Nell'elaborazione della relazione nazionale non ci sono state molte opportunità di far partecipare molti degli attori (per lo più a causa dello scarso tempo disponibile dopo la formazione del nuovo governo), ma sono stati compiuti dei tentativi per adottare un metodo più sistematico e coerente. Ci auguriamo una maggiore partecipazione nelle fasi di monitoraggio e di attuazione.

4. Pensioni

Nel 2004 le condizioni di vita degli anziani risultavano simili a quelle della popolazione in generale (84%), mentre il rischio di povertà fra gli anziani (23%) era ritenuto leggermente più elevato di quello per la popolazione di età inferiore a 65 anni. Malgrado un recente aumento, il tasso occupazionale dei lavoratori più anziani (fra i 55 e i 64 anni) rimane basso, registrando nel 2005 un valore del 31,4%.

Malgrado tendenze demografiche sfavorevoli, a seguito della riforma delle pensioni intrapresa a partire dal 1992, si prevede che l'Italia debba affrontare soltanto una leggera pressione sul bilancio dovuta all'invecchiamento della popolazione. La relazione sulla sostenibilità per il 2006 ha giudicato l'Italia uno Stato membro a medio rischio per quanto riguarda la sostenibilità delle finanze pubbliche. Secondo le proiezioni di bilancio del gruppo di lavoro sugli effetti dell'invecchiamento della popolazione (AWG) effettuate nel 2005, la spesa pubblica per le pensioni aumenterà solo in misura marginale, passando dal 14,2% del PIL nel 2004 al 14,7% nel 2050, mentre la spesa connessa all'invecchiamento in generale passerà dal 24,7% al 25,7% del PIL. Entrambe le tendenze sono più lente della media dell'UE. Secondo i calcoli del sottogruppo "indicatori" ISG, per un lavoratore che ha versato 40 anni di contributi per una retribuzione media e che va in pensione a 65, il tasso di sostituzione lordo passerà dal 79% di oggi al 64% del 2050 (ivi compreso il contributo previsto, pari al 6,91%, destinato al TFR che attualmente riguarda circa l'11% della popolazione occupata). Per coloro che andranno in pensione a 60 anni, dopo 35 anni di lavoro, la riduzione del tasso di sostituzione è ancora più netta (circa venti punti percentuali fra il 2005 e il 2050). Per i lavoratori autonomi,

a causa di versamenti contributivi pensionistici inferiori, la riduzione del tasso di sostituzione dovrebbe essere ancora più netta.

Negli anni '90 l'Italia ha intrapreso una riforma per passare da un regime a prestazione definita a un regime a contribuzione definita. La riforma ha creato un legame più stretto fra i contributi e le prestazioni, con la fornitura di incentivi adeguati per permettere agli ultimi arrivati nel mercato del lavoro di lavorare più a lungo, ma questo comportava un lungo periodo di transizione. Dopo l'aumento delle pensioni minime nel 2002, nuove misure introdotte nel 2004 hanno rafforzato le riforme, con ripercussioni anche su coloro che avevano ancora il diritto ad andare in pensione prima in base al regime precedente. Nuove discussioni con le parti sociali previste per il 2007 non dovrebbero compromettere le precedenti riforme strutturali.

Come indicato nella relazione 2006, l'incremento dei tassi occupazionali, in particolare per quanto riguarda le donne e i lavoratori più anziani, rimane uno degli aspetti più importanti per rispondere alle sfide del futuro; proseguire il processo destinato ad armonizzare l'effettiva età del pensionamento per gli uomini e le donne significherebbe ridurre il divario fra i generi per quanto riguarda le prestazioni pensionistiche e favorirebbe un incremento del tasso occupazionale dei lavoratori più anziani. In futuro l'adeguatezza delle pensioni dipenderà anche dalla disponibilità di prestazioni di sicurezza sociale supplementari, trasformando il TFR (un sistema obbligatorio aziendale di risparmio a fini pensionistici per i dipendenti). Il meccanismo per il trasferimento automatico dei contributi TFR (a decorrere dal luglio 2007) verso sistemi pensionistici privati (salvo il caso in cui il lavoratore rifiuti di farlo) potrebbe rivelarsi molto utile per sviluppare le pensioni complementari. La possibilità di accumulare diritti a pensione a partire da fondi diversi per poi avere un'unica pensione e l'aumento dei contributi pensionistici per i lavoratori autonomi e i lavoratori atipici, il tutto compreso nella legge di bilancio 2007, dovrebbe comportare un miglioramento dei diritti pensionistici per i lavoratori atipici.

5. Assistenza sanitaria e assistenza a lungo termine

5.1. Assistenza sanitaria

Descrizione del sistema: Esiste un servizio sanitario nazionale finanziato dalle imposte. Dal 2001 la responsabilità della gestione dei servizi sanitari è stata affidata alle regioni. Il servizio sanitario nazionale rimane responsabile della definizione del contesto strategico e delle politiche nazionali, nonché dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che devono essere disponibili in maniera uniforme in tutto il paese. Le regioni sono responsabili dell'organizzazione e dell'amministrazione del sistema sanitario. Le autorità sanitarie locali, sia a livello ospedaliero che a livello comunale, sono responsabili dell'erogazione dei servizi sanitari. Il coordinamento e il grado di uniformità raggiungibili sono definiti attraverso un'azione congiunta con il governo centrale e le amministrazioni regionali, nonché con le autorità locali nel caso in cui le questioni sociali siano all'ordine del giorno. I finanziamenti sono erogati alle regioni a partire dal bilancio centrale, secondo una serie di parametri (popolazione, frequenza del ricorso a cure sanitarie a seconda dell'età e del sesso, indicatori epidemiologici territoriali); tuttavia, la spesa sanitaria pro capite registra notevoli variazioni da una regione all'altra. In alcune regioni il sistema sanitario viene finanziato anche con imposte locali. Nell'ambito del servizio sanitario nazionale vi sono contributi a carico degli utenti, ma non contributi anticipati. Il 16% della popolazione fa ricorso ad assicurazioni sanitarie complementari private, cui i lavoratori aderiscono a titolo individuale o che sono proposte dai datori di lavoro; queste rappresentano il 23,6% della spesa sanitaria totale.

L'assistenza sanitaria di base viene fornita dai medici generici e dai pediatri, liberi professionisti che fanno capo al servizio sanitario nazionale. I pazienti possono scegliere il luogo e il medico cui desiderano rivolgersi (purché il medico di base non abbia raggiunto la quota massima consentita di pazienti) e i medici generici hanno il compito di fungere da filtro. I medici di base sono parte integrante della rete di servizi fornita dal distretto sanitario, che rappresenta la struttura di base del sistema di sanità pubblica.

Il personale ospedaliero e qello delle aziende sanitarie locali è composto da dipendenti del settore pubblico. La riforma del 2001 intendeva introdurre elementi di privatizzazione nel sistema (possibilità di accedere a servizi al di fuori del servizio sanitario nazionale) e migliorare la gestione delle risorse del sistema sanitario. L'impatto reale di queste misure è ancora in corso di valutazione.

Accessibilità: L'unica categoria non coperta dal servizio sanitario nazionale è quella degli immigranti clandestini. I pagamenti in eccesso relativi alla partecipazione alle spese per il ricorso ai servizi pubblici e alle cure sanitarie e farmaceutiche hanno rappresentato il 19,6% della spesa nel 2004. Dal momento che sono state espresse preoccupazioni circa l'impatto della partecipazione alle spese sui gruppi vulnerabili , sono state applicate delle esenzioni in base all'età, al reddito, alla disabilità/dipendenza e alle malattie croniche o rare. Le autorità locali (comuni) si assumono l'onere delle strutture assistenziali per le persone a basso reddito. Vi sono ancora lunghe liste d'attesa per cure ospedaliere e specialistiche. In compenso esiste un piano nazionale per gestire le liste d'attesa, che dovrebbe definire le priorità per ordine di urgenza. Esistono differenze nella qualità dei servizi offerti dalle regioni. Questo problema è stato ulteriormente esacerbato dopo il 2001 e ha comportato la migrazione di pazienti che desideravano ottenere cure specialistiche di livello più elevato verso le regioni con una situazione sanitaria migliore. Un sistema finanziario di compensazione interregionale, per le cure prestate ai non residenti, permette ai cittadini di scegliere i servizi senza limitazioni geografiche.

Qualità: È stata adottata una serie di misure per promuovere la qualità. Tra queste un maggiore uso degli indicatori per determinare un migliore monitoraggio dell'attività, dei livelli di qualità, un ufficio relazioni pubbliche per assistere gli utenti, indagini svolte presso i pazienti, valutazione della tecnologia e analisi comparative/classifiche. Si sta mettendo a punto il nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), basato sulle informazioni sanitarie individuali, al fine di garantire una migliore qualità delle prestazioni e una tenuta sotto controllo delle spese. Va inoltre osservato che il personale sanitario dei servizi pubblici è tenuto a seguire ogni anno un certo numero di corsi di aggiornamento relativi all'esperienza professionale.

Sostenibilità a lungo termine: La spesa sanitaria generale si situa all'incirca nella media dell'UE, con l'8,7% del PIL nel 2004, registrando tuttavia un aumento rispetto all'8,1% del 2000. La spesa per le cure sanitarie risulta leggermente inferiore alla media con 2.424 PPP$ pro capite nel 2004. Nel 2004 la spesa relativa alle cure sanitarie rappresentava circa il 76,4% del totale della spesa sanitaria. Secondo le proiezioni CPE/CE 2006 è previsto che la spesa per le cure sanitarie aumenti di 1,3 punti percentuali del PIL entro il 2050 a causa dell'invecchiamento della popolazione. L'incremento della spesa è dovuto per lo più ai prodotti farmaceutici, alle spese per il personale e per l'acquisto di beni e servizi. In Italia vi sono 6,1 medici per 1.000 abitanti, uno dei rapporti più elevati dell'Europa occidentale. Il numero di infermieri risulta essere tra i più bassi dell'UE, con un tasso di 3,0 per 1.000 abitanti nel 1989 (Fonte: OMS-Osservatorio europeo). Il piano nazionale intende migliorare

l'efficienza e ridurre gli sprechi. A questo scopo è prevista l'adozione delle seguenti misure: imporre un controllo più severo sulle spese regionali e su quelle regioni che superano il loro bilancio; aumentare gli incentivi per i medici di base per migliorarne le prestazioni a livello di prescrizione di farmaci; migliorare il coordinamento fra medici di base per garantire la disponibilità 24 ore su 24; ridurre il numero di posti letto ospedalieri, con l'obiettivo di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti e trasformare i piccoli ospedali in strutture residenziali; razionalizzare a livello generale l'uso delle risorse (l'introduzione obbligatoria dei bilanci distrettuali è ancora a livello sperimentale in alcune regioni); centralizzare gli appalti pubblici. I raffronti fra regioni per tutta una serie di indicatori che si fanno già sono destinati ad identificare e promuovere le migliori prassi nazionali, nonché a tenere sotto controllo la domanda (identificando, ad esempio, un uso eccessivo di determinate procedure, ecc.).

Esiste un piano nazionale per la prevenzione attiva, che viene proposto quale buona prassi. Esso è destinato ad andare oltre gli interventi obbligatori (quali le vaccinazioni e lo screening), promuovendo attivamente abitudini di vita e comportamentali sane da parte dei cittadini. Il piano viene attuato in collaborazione con altri ministeri (ministero dell'occupazione, della pubblica istruzione, ecc.), nonché con le regioni. Il piano attribuisce un'elevata importanza alle misure preventive destinate a modificare abitudini nocive per la popolazione (tabagismo, consumo di alcol, alimentazione errata, prevenzione di incidenti stradali e infortuni sul lavoro, ecc.).

5.2. Assistenza a lungo termine

Descrizione del sistema: La fornitura dell'assistenza a lungo termine è basata su un sistema che associa le cure domiciliari integrate e le cure residenziali. La responsabilità spetta alle autorità regionali e locali, sia nel campo sanitario che in quello sociale, a seconda del tipo di servizio erogato. Il governo riconosce che le prestazioni sono ancora insufficienti per una popolazione che invecchia ed esistono disparità geografiche significative per quanto riguarda la disponibilità e la qualità.

Accessibilità: L'obiettivo generale consiste nel permettere agli anziani di rimanere al proprio domicilio. Coloro che ne hanno bisogno possono ottenere un gran numero di prestazioni, fra cui citiamo: servizi gratuiti diretti, buoni per acquistare servizi da istituti accreditati, aiuti finanziari non vincolati, destinati per lo più a retribuire l'assistenza domiciliare da parte di lavoratori immigrati, nonché sostegno finanziario per vari livelli d'invalidità. Un migliore coordinamento dell'assistenza verrà affidato al medico di base e al "custode sociale" che gestisce le cure sanitarie e le esigenze sociali degli anziani non autonomi ed elabora un piano sanitario per il paziente.

Qualità: Si deplora un livello generale scadente della qualità delle prestazioni sociali, sia domiciliari che presso istituti. La definizione (nazionale) dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) – in attesa di un'approvazione ufficiale – dovrebbe permettere di risolvere il problema delle differenze regionali, basandosi sul modello già utilizzato nel settore sanitario (LEA). In questo contesto lo Stato, le regioni, le province autonome e le autorità locali devono pianificare e collaborare insieme per la definizione e la messa a disposizione dei servizi e devono stabilire le rispettive responsabilità.

Sostenibilità a lungo termine: Le cure a lungo termine sono finanziate sia dal servizio sanitario nazionale, che dal fondo per le politiche sociali e i finanziamenti sono distribuiti dal governo centrale a livello locale. Si riconosce tuttavia che a causa dell'evoluzione demografica le risorse sono insufficienti. Secondo le proiezioni CPE/CE 2006 la spesa

pubblica per le cure a lungo termine aumenterà di 0,7 percentuali del PIL entro il 2050, a causa dell'invecchiamento della popolazione. Il governo ritiene inoltre che sia essenziale migliorare il coordinamento fra i servizi sanitari e quelli sociali. Il primo passo da compiere è quello di un approccio più integrato fra i livelli regionali e locali. Alcune regioni hanno creato un fondo destinato in modo specifico agli anziani in situazioni di dipendenza, inteso a finanziare servizi e indennità nell'ambito dei livelli essenziali dei servizi sanitari. Una misura analoga da attuare a livello nazionale è stata recentemente approvata dal Parlamento nazionale (Fondo nazionale per le persone non autosufficienti).

6. Sfide future

- Ridurre le disparità regionali migliorando il coordinamento delle misure nazionali e subnazionali;

- incrementare il livello di partecipazione al mercato del lavoro, in particolare per quanto riguarda i giovani, le donne e i lavoratori più anziani, per affrontare le sfide del futuro dovute all'andamento demografico e garantire l'adeguatezza delle pensioni e la sostenibilità di lungo periodo delle finanze pubbliche;

- garantire una copertura più coerente e globale del sistema degli "ammortizzatori sociali";

- migliorare l'efficienza e ridurre gli sprechi attraverso un uso più razionale delle risorse e migliorare il coordinamento e l'organizzazione dei servizi sanitarie e delle cure a lungo termine riducendo al tempo stesso gli squilibri geografici;

- per quanto riguarda le cure a lungo termine, concentrarsi sui servizi domiciliari e locali, come alternativa alle cure ospedaliere e residenziali, in una prospettiva di approccio integrato fra i livelli regionali e locali.

Italy: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	3.6	113.1
2002	0.3	110,0
2004	1.1	103,0
2006	1.7f	99.4f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	53.7	68,0	39.6	26.4	27.7
2002	55.5	69.1	42,0	25.8	28.9
2004	57.6b	70.1b	45.2b	27.6b	30.5b
2005	57.6	69.9	45.3	25.7	31.4

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	10.1	7.8	13.6	27,0
2002	8.6	6.7	11.5	23.1
2004	8,0	6.4	10.5	23.5
2005	7.7	6.2	10.1	24,0

*: Growth rate of GDP at constant prices (2 000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast; b: break in series

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth(2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	male	female	male	female	male	female	
1995	74.9	81.3	15.8	19.6	66.7	70,0	6.2
2000	76.6	82.5	16.5	20.4	69.7	72.9	4.5
2004	77.1sp	82.8sp	16.8sp	20.6sp	70.9e	74.4e	4.1

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop
1995	7.3	71.9	-	100 (1997)	
2000	8.1	73.5	22.8		15.6 (1999)
2004	8.7	76.4	19.6		

s: Eurostat estimate; p: provisional

*THE: Total Health Expenditures

**PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function. % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	24.2	63.4	23.2	3	3.2	0.1	7
2000	24.7	63.2	25.1	1.7	3.8	0.2	6
2004	26.1	61.3	25.9	2	4.4	0.3	6.1

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since: Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	29.4	26.2	14.2	5.8	1.5
2010	31.3	-0.5			
2030	45.2	1.1	0.8	0.9	0.2
2050	66	1.8	0.4	1.3	0.7

Italy: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	19	24	18	16	23	24	28	23	27	18	**Total**	5.6
male	17	-	16	15	19	25	-	24	27	16	**male**	
female	21	-	20	18	26	24	-	22	28	19	**female**	

	People living in jobless households					Long-term unemployment rate				Early school-leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	male	female		Total	male	female		Total	male	female
1999	8.3	11.7	9.8	13.5	**1999**	6.7	5.2	9,0	**1999**	27.2	30.3	24.2
2004	5.7	9.1	7.9	10.4	**2004**	4,0	2.9	5.5	**2004**	22.3	26.2	18.4
2006	5.4	9.2	7.8	10.6	**2005**	3.9	2.9	5.2	**2005**	21.9	25.9	17.8

**: excluding students; p: provisional; b: break in series*

SILC income 2004	Total	male	female	SILC income 2004	Total	male	female
Relative income of 65+	0.844	0.871	0.835	***Aggregate replacement ratio***	0.583	0.639	0.492

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						Assumptions				
Net	Gross replacement rate					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Statutory pensions (or social security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Current estimate (2002)	Assumption
4	1	-15	DB & DC	16	DC	100	11.4	32.7	5.7	6.91

**(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

ΚΥΠΡΟΣ

1. Κατάσταση και κύριες τάσεις

Η Κύπρος εξακολουθεί να σημειώνει ικανοποιητικές επιδόσεις στους τομείς της οικονομίας και της αγοράς εργασίας. Η αύξηση του ΑΕγχΠ παρέμεινε υψηλή, με ποσοστό 3,8% (2005), και το δημοσιονομικό έλλειμμα μειώθηκε (από το 4,1% το 2004 και το ανησυχητικό 6,3% το 2003) σε 2,5% το 2005, επίδοση που ξεπέρασε τις προσδοκίες. Εναρμονιζόμενο με την αύξηση του ΑΕγχΠ, το ποσοστό απασχόλησης διατηρήθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα (68,5% το 2005). Η ανεργία αυξήθηκε φθάνοντας το 5,2% το 2005, αλλά παραμένει χαμηλή σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ (8,8%). Το ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων (50,6%) υπερβαίνει το στόχο της Λισαβόνας. Το ποσοστό απασχόλησης των γυναικών (58,4%) βρίσκεται κοντά στο στόχο της ΕΕ, παρά τη μικρή μείωση που παρατηρήθηκε τα προηγούμενα έτη. Η ανεργία των νέων, ωστόσο, σε ποσοστό 14%, εμφανίζει σαφή ανοδική τάση. Επιπροσθέτως, είναι υψηλότερη όσον αφορά τις γυναίκες και περιλαμβάνει μεγάλο ποσοστό ατόμων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Ο κίνδυνος της φτώχειας[49] για τον ευρύτερο πληθυσμό αντιστοιχούσε σε ποσοστό 16% το 2004, το οποίο εν συγκρίσει με το μέσο όρο της ΕΕ θεωρείται ικανοποιητικό. Όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα των ατόμων άνω των 65, ο κίνδυνος της φτώχειας (51%) παραμένει ανησυχητικός[50]. Ο κίνδυνος αυτός ανέρχεται σε ποσοστό 73% για τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα της Eurostat (2004), οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία ως ποσοστό του ΑΕγχΠ ανέρχονταν στο 17,8%. Οι συνολικές δαπάνες για συντάξεις πρόκειται να αυξηθούν από 6,9% του ΑΕγχΠ το 2004 σε 19,8% το 2050, γεγονός που προκαλεί σοβαρές ανησυχίες σχετικά με την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος.

Αναμένεται ότι μεταξύ του 2004 και του 2050 το ποσοστό εξάρτησης των ηλικιωμένων θα υπερδιπλασιαστεί σε σχέση με το παρόν πολύ χαμηλό ποσοστό του 17%, φθάνοντας το 43% (παραμένει, ωστόσο, πολύ χαμηλότερο από το 52% που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ25 για το 2050). Το προσδόκιμο ζωής (76,8 έτη για τους άνδρες και 81,9 έτη για τις γυναίκες το 2004) βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ[51] παρουσιάζοντας διετή αύξηση μετά το 1995. Το προσδόκιμο υγιούς ζωής (68,4 για τους άνδρες και 69,6 για τις γυναίκες το 2003) υπερβαίνει σημαντικά το μέσο όρο της ΕΕ[52] και κατέχει τη δεύτερη μεγαλύτερη θέση στην ΕΕ. Η βρεφική θνησιμότητα (3,5 το 2004) είναι μικρότερη από το μέσο όρο της ΕΕ για το έτος 2004 ο οποίος ανερχόταν σε 4,5 και συνεχίζει να εμφανίζει σταθερές μειωτικές τάσεις από 26 που ήταν το 1970. Η διαφορά αμοιβών μεταξύ των δύο φύλων, παρά το γεγονός ότι παρουσιάζει ελαφρώς πτωτική τάση τα πρόσφατα έτη, εξακολουθεί να είναι υψηλή αγγίζοντας το ποσοστό

---

49 Μετά την εφαρμογή της EU-SILC το 2005, οι τιμές όλων των δεικτών με βάση το εισόδημα (ποσοστά του κινδύνου της φτώχειας, S80/S20, συνολικά ποσοστά αντικατάστασης κ.λπ. για το εισοδηματικό έτος 2004) δεν είναι δυνατόν να συγκριθούν με τις εκτιμήσεις των προηγούμενων ετών και, ως εκ τούτου, οι ενδεχόμενες διαφορές από έτος σε έτος δεν έχουν σημασία. Κατά τη μετάβαση στη νέα εναρμονισμένη και συγκρίσιμη σε επίπεδο ΕΕ πηγή SILC (βλ. μεθοδολογικό σημείωμα) οι εκτιμήσεις αυτές βασίζονταν στην εθνική έρευνα σχετικά με την κατανάλωση των νοικοκυριών, η οποία δεν ήταν απολύτως συμβατή με τη μεθοδολογία της SILC, που βασίζεται σε λεπτομερή δεδομένα σχετικά με το εισόδημα.

50 Τα ταμεία πρόνοιας (παροχές κατ' αποκοπή σε περίπτωση συνταξιοδότησης, θανάτου, αναπηρίας ή παύσης της εργασίας) δεν περιλαμβάνονται στον υπολογισμό του εισοδήματος των ατόμων που έχουν συνταξιοδοτηθεί.

51 75,1 και 81,2 για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα το 2003.

52 64,5 και 66 για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα το 2003.

του 25%. Ως λύση στο πρόβλημα της έλλειψης εργατικού δυναμικού, ξένοι εργαζόμενοι εισήλθαν στην τοπική αγορά εργασίας σε προσωρινή βάση. Εκτιμάται ότι το ποσοστό τους ανέρχεται περίπου στο 14% του εργατικού δυναμικού. Δεν υπάρχει αξιόπιστη εκτίμηση όσον αφορά τον αριθμό των αδήλωτων εργαζομένων.

2. Συνολική στρατηγική προσέγγιση

Η συνολική στρατηγική προσέγγιση της Κύπρου, σύμφωνα με το εθνικό της πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων, επικεντρώνεται στη δημιουργία των απαραίτητων συνθηκών βελτίωσης της κοινωνικής συνοχής στη χώρα, ως επί το πλείστον μέσω της ενεργούς ένταξης των ευάλωτων ομάδων στην απασχόληση. Οι προτεραιότητες που επελέγησαν αντιστοιχούν στις κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η χώρα.

Οι προτεραιότητες που έθεσε η Επιτροπή για το έτος 2005 όσον αφορά την ένταξη αναφέρονται στην έκθεση, αν και ο βαθμός λεπτομερούς ανάλυσής τους ποικίλλει. Η εξάλειψη της παιδικής φτώχειας, η ευελιξία στην αγορά εργασίας, η παράταση του επαγγελματικού βίου, η ένταξη των διακινούμενων εργαζομένων, η βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας και η αντιμετώπιση των ανισοτήτων που παρατηρούνται σε αυτόν τον τομέα, η βελτίωση της θέσης των ατόμων με αναπηρία, ο εκσυγχρονισμός του συστήματος κοινωνικής προστασίας καθώς και η αντιμετώπιση των εκπαιδευτικών μειονεκτημάτων αποτελούν, στο σύνολό τους, ζητήματα που εξετάζονται με προσοχή. Σύντομη αναφορά περιλαμβάνεται επίσης στην πρόσβαση των οικογενειών με χαμηλό εισόδημα σε στέγαση.

Στον τομέα της κοινωνικής ένταξης, οι κύριες προτεραιότητες δράσης αφορούν τη μείωση του κινδύνου της φτώχειας για το σύνολο του πληθυσμού, και ιδίως για την ομάδα υψηλού κινδύνου των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, την ένταξη των ευάλωτων ομάδων στην αγορά εργασίας και την πρόληψη του αποκλεισμού των παιδιών. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου, με εστίαση στις ομάδες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, εξακολουθεί να συνιστά καίρια πρόκληση.

Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος κοινωνικής προστασίας θεωρείται ζήτημα άμεσης προτεραιότητας και στόχος είναι να καταστεί πιο αποτελεσματικό και, κυρίως, να εξασφαλισθεί η οικονομική του βιωσιμότητα. Η έκθεση εξαίρει τη σημασία του κοινωνικού διαλόγου για την επίτευξη συναίνεσης όσον αφορά την εισαγωγή τροποποιήσεων στο σύστημα συνταξιοδότησης.

Κύριος στόχος πολιτικής στον τομέα της φροντίδας υγείας και της μακροχρόνιας φροντίδας είναι η διατήρηση και η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην εξασφάλιση πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για όλους, καθώς και στην εξάλειψη των ανισοτήτων όσον αφορά τη χρηματοδότηση του συστήματος. Επιπροσθέτως, στον προγραμματισμό περιλαμβάνονται μέτρα για τον εκσυγχρονισμό της οργάνωσης των κυβερνητικών φορέων καθώς και των δημόσιων παρόχων υπηρεσιών υγείας. Έμφαση δίνεται επίσης στην ενίσχυση των δομών που αναπτύσσει η τοπική αυτοδιοίκηση και οι κοινωφελείς οργανισμοί. Η συνάφεια μεταξύ των στόχων της Λισαβόνας για μεγαλύτερη οικονομική ανάπτυξη και απασχόληση και των στόχων πολιτικής που περιλαμβάνονται στη στρατηγική έκθεση είναι εμφανής. Η λεπτομερής περιγραφή των παρεμβάσεων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) καθιστά σαφή το ρόλο που διαδραματίζει το ΕΚΤ στην εθνική αναπτυξιακή στρατηγική και, κατά συνέπεια, στην επίτευξη της ατζέντας της Λισαβόνας.

Η ευρεία διαδικασία διαβούλευσης για διάφορες πτυχές της στρατηγικής αποτελεί περαιτέρω απόδειξη μιας μακράς παράδοσης κοινωνικού διαλόγου. Η αναβάθμιση των λειτουργιών του

Παγκύπριου Συντονιστικού Συμβουλίου Εθελοντισμού συμβάλλει στην ενίσχυση της συμμετοχής των ατόμων που διατρέχουν άμεσο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ η αναφερθείσα δημιουργία επιτροπής παρακολούθησης και αξιολόγησης θα συμβάλει στη μεγιστοποίηση της συμμετοχής των ενδιαφερομένων.

Το ζήτημα της ισότητας των δύο φύλων εξετάζεται κατά κύριο λόγο στο πλαίσιο της απασχόλησης. Παρά τις θετικές εξελίξεις και τη θέσπιση μέτρων προώθησης της ισότητας των δύο φύλων, δεν διαφαίνεται με σαφήνεια προσέγγιση πραγματικής ενσωμάτωσης της διάστασης της ισότητας των δύο φύλων σε όλες τις πολιτικές.

3. Κοινωνική ένταξη

3.1 Κύριες τάσεις

Στην Κύπρο δεν παρατηρούνται εκτεταμένες οικονομικές ανισότητες και φτώχεια. Το 2004, ο κίνδυνος της φτώχειας για το συνολικό πληθυσμό ισοδυναμούσε με το μέσο όρο της ΕΕ και παραμένει εξαιρετικά υψηλός για τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (51%), για τα άτομα που ανήκουν σε νοικοκυριά του ενός ατόμου (48%) και για μονογονεϊκές οικογένειες (35%). Η ανισότητα της κατανομής του εισοδήματος (S80/S20) ήταν 4,3 το 2004. Το ποσοστό της παιδικής φτώχειας ήταν 13% το 2004, κάτω από το μέσο της ΕΕ (19% το 2004). Το 2006 το 3,9% των παιδιών ζούσαν σε νοικοκυριό που πλήττονταν από την ανεργία.

Οι κοινωνικές μεταβιβάσεις μειώνουν το συνολικό ποσοστό του κινδύνου της φτώχειας από 29% σε 16%. Η πρόσβαση σε αξιοπρεπή στέγαση δεν θεωρείται πρόκληση για το σύνολο του πληθυσμού. Το 2003 το 91% του πληθυσμού ζούσε σε ιδιοκατοικούμενη κατοικία ή σε δωρεάν (χωρίς καταβολή μισθώματος) κατοικία. Ωστόσο, προβλήματα πρόσβασης σε αξιοπρεπή στέγαση είναι δυνατόν να αντιμετωπίζουν ομάδες ατόμων όπως ξένοι εργαζόμενοι από τρίτες χώρες που ζουν προσωρινά στην Κύπρο βάσει σύμβασης.

Η Κύπρος μπορεί να είναι περήφανη για το υψηλό μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού της. Ωστόσο, η ανεργία των νέων παρουσιάζει ανοδική τάση (14% το 2005 συγκριτικά με 11,3% το 2004) και είναι υπερδιπλάσια του συνολικού ποσοστού ανεργίας (5,2% το 2005). Πρέπει να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νέων ανέργων είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν πληθώρα προβλημάτων, με μεγαλύτερο την αποτελεσματική είσοδό τους στην αγορά εργασίας.

3.2 Κύριες προκλήσεις και προτεραιότητες

Η εξασφάλιση ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου για τις ομάδες μειονεκτούντων και ευάλωτων ατόμων καθώς και η διευκόλυνση της ένταξής τους στην αγορά εργασίας συνιστούν κύριους άξονες στις προσπάθειες που καταβάλλει η Κύπρος για προώθηση της κοινωνικής ένταξης. Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος κοινωνικής προστασίας, προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητά του και να αντιμετωπισθεί η μεγάλη πίεση για την οικονομική του βιωσιμότητα, αποτελεί επίσης κύρια προτεραιότητα. Ωστόσο, το πρόγραμμα εκσυγχρονισμού παραμένει ανοικτό και αποτελεί αντικείμενο διαβουλεύσεων με τους κοινωνικούς εταίρους. Οι κύριες προκλήσεις που προσδιορίστηκαν όσον αφορά την Κύπρο στην κοινή έκθεση για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη του 2006 εξακολουθούν να ισχύουν και εξετάζονται, πράγματι, στην έκθεση 2006-2008. Η προσέγγιση

της κυβέρνησης είναι σύμφωνη με τους τρεις γενικούς στόχους κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης.

Οι προτεραιότητες όσον αφορά την κοινωνική ένταξη έχουν δομηθεί με βάση τρεις κύριες κατευθύνσεις. Η πρώτη προτεραιότητα αφορά τη μείωση του κινδύνου της φτώχειας για τον ευρύτερο πληθυσμό και ιδιαίτερα για την ηλικιακή ομάδα των ατόμων 65 ετών και άνω. Σχετικές με την εν λόγω προτεραιότητα είναι μια σειρά από παρεμβάσεις.

Δεύτερον, δίνεται προτεραιότητα στην ένταξη των ευάλωτων ομάδων στην αγορά εργασίας. Από την άποψη αυτή, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην αύξηση της πρόσβασης στην απασχόληση για γυναίκες, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, άτομα με αναπηρία, δικαιούχους δημόσιας αρωγής, νεαρά άτομα και ανέργους γενικότερα. Στο πλαίσιο των ανωτέρω, κύριοι στόχοι πολιτικής είναι η προώθηση της ανάπτυξης του ανθρώπινου κεφαλαίου και η εξάλειψη των ανισοτήτων λόγω φύλου.

Η τρίτη προτεραιότητα αφορά την πρόληψη του αποκλεισμού των παιδιών, ο οποίος αν και μικρότερος από το αντίστοιχο ποσοστό της ΕΕ, θεωρείται σημαντικός για την πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού της επόμενης γενιάς.

Άλλες σημαντικές προτεραιότητες αφορούν τη διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και των υπηρεσιών υγείας για όλους. Προσοχή δίνεται επίσης στην πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας για τα παιδιά, τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα και άλλα εξαρτώμενα άτομα.

Τέλος, στην έκθεση αναφέρεται με σαφήνεια η συμμετοχή των διαρθρωτικών ταμείων, και ιδιαίτερα του ΕΚΤ, στη στήριξη των στόχων της εθνικής στρατηγικής έκθεσης.

3.3 Μέτρα πολιτικής

Η στρατηγική που υιοθέτησε η Κύπρος επικεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό στην πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων στην αγορά εργασίας. Έχει ως στόχο την ενίσχυση της ευελιξίας στην αγορά εργασίας, την περαιτέρω ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου μέσω των δραστηριοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης και τη διαχείριση της οικονομικής μετανάστευσης (ιδιαίτερα για τους εργαζομένους τρίτων χωρών). Επιπροσθέτως, η στρατηγική δίνει προτεραιότητα στη μείωση της φτώχειας για το σύνολο του πληθυσμού και προβλέπει συγκεκριμένα μέτρα για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω καθώς και για τα παιδιά.

Η ένταξη των ευάλωτων ομάδων στην αγορά εργασίας επιδιώκεται κατά κύριο λόγο μέσω ενεργών πολιτικών, οι οποίες επικεντρώνονται σε ομάδες-στόχους, όπως γυναίκες, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, δικαιούχους δημόσιας αρωγής, άτομα με αναπηρία και νεαρά άτομα. Η πρόβλεψη για εξατομικευμένη αντιμετώπιση των ανέργων από τις δημόσιες υπηρεσίες απασχόλησης και η προώθηση ευέλικτων μορφών απασχόλησης συνοδεύονται από καλύτερες υπηρεσίες φροντίδας για παιδιά και άλλα εξαρτώμενα άτομα.

Τίθενται διάφοροι ποσοτικοί στόχοι, μεταξύ των οποίων ποσοστό απασχόλησης για τις γυναίκες ύψους 63% έως το 2010 (58,4% το 2005), ποσοστό απασχόλησης για τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ύψους 32% έως το 2006 (31,5% το 2005) και απασχόληση για 6.000 ανέργους έως το 2008. Ποσοτικοί στόχοι ορίζονται επίσης για τη μείωση της παιδικής φτώχειας και για την αύξηση του ελάχιστου μισθού ώστε να φθάσει το 50% του διάμεσου εθνικού μισθού έως το 2008.

Σημειώνεται ότι η Κύπρος δεν έχει θεσμοθετημένο εθνικό ελάχιστο μισθό και ο ελάχιστος μισθός ισχύει μόνο σε ένα μικρό τμήμα της αγοράς εργασίας. Όσον αφορά τον προς επίτευξη στόχο, οι επιπτώσεις της αύξησης του ελάχιστου μισθού θα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο παρακολούθησης, έτσι ώστε να εξασφαλισθεί ότι δεν έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην απασχόληση.

Επιπροσθέτως, προκειμένου να ενθαρρυνθούν οι δικαιούχοι δημόσιας αρωγής να αναλάβουν κάποια απασχόληση, παρέχονται σε αυτούς κίνητρα, όπως συνέχιση της παροχής της δημόσιας αρωγής σε μακροχρόνια άνεργους έως και ένα έτος μετά την πρόσληψη καθώς και παροχές ανεργίας σε όσους συμμετέχουν σε κατάρτιση, προκειμένου να βοηθηθούν κατά την είσοδο ή επάνοδό τους στην αγορά εργασίας. Επιπροσθέτως, παρέχονται κίνητρα για αναβολή της συνταξιοδότησης. Τα κίνητρα αυτά έχουν τη μορφή αυξήσεων -σε λογικό πλαίσιο- των συνταξιοδοτικών παροχών[53].

Τα νεαρά άτομα ορίζονται σαφώς ως ομάδα-στόχος. Για την παροχή υποστήριξης προς τα άτομα αυτά προβλέπονται μέτρα όπως ο εκσυγχρονισμός του συστήματος μαθητείας, προγράμματα ενίσχυσης της απασχολησιμότητας και πρόγραμμα παροχής οικονομικής βοήθειας για την επανένταξη ατόμων με προβλήματα εξάρτησης. Εκτός από τα ανωτέρω, στο Υπουργείο Εκπαίδευσης και Πολιτισμού δημιουργήθηκε συντονιστική επιτροπή για την υγεία, την εκπαίδευση και την ιδιότητα του πολίτη προκειμένου να προωθήσει προγράμματα για την πρόληψη της εξάρτησης από τα ναρκωτικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει ασκηθεί κριτική στην κυβέρνηση κατά το παρελθόν για τη χλιαρή υποστήριξη που παρείχε σε άτομα εξαρτημένα από τα ναρκωτικά, ένα πρόβλημα με ταχέως αυξανόμενες διαστάσεις. Όσον αφορά τη χρήση των ΤΕΠ (τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών) στην εκπαίδευση, η έκθεση ακολουθεί σχετικά απλοϊκή προσέγγιση.

Παρά το γεγονός ότι αυτή καθεαυτή η μείωση της ανεργίας των νέων δεν αναφέρεται ως στόχος, το εθνικό πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων εξετάζει το ζήτημα αυτό πιο λεπτομερώς. Πέραν τούτου, η πρόοδος όσον αφορά τον εκσυγχρονισμό του συστήματος μαθητείας και η μεταρρύθμιση της δευτεροβάθμιας επαγγελματικής εκπαίδευσης υπήρξε αργή.

Αρκετά μέτρα τέθηκαν σε εφαρμογή προκειμένου να παρασχεθεί υποστήριξη σε άτομα με αναπηρία, ιδιαίτερα με την ενθάρρυνση της ένταξής τους στην αγορά εργασίας, τη βελτίωση της δυνατότητας πρόσβασης καθώς και βελτίωσης της παρεχόμενης οικονομικής αρωγής. Πρόκειται για σταθερή προσέγγιση δεδομένης της έκτασης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία κατά την ένταξή τους στην αγορά εργασίας και την κοινωνία γενικότερα. Πρέπει να υπάρξει στενή παρακολούθηση των παρεμβάσεων.

Παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες απολαύουν σειράς μέτρων που στοχεύουν πρωτίστως στην ένταξή τους στην αγορά εργασίας, έως ένα βαθμό δεν υπάρχει πραγματική πολιτική ενσωμάτωσης της διάστασης της ισότητας των δύο φύλων. Μεταξύ άλλων μέτρων, παρέχεται υποστήριξη για την ενίσχυση της δυνατότητας απασχόλησης των γυναικών. Άλλα ζητήματα, για παράδειγμα η ενδοοικογενειακή βία, δεν εξετάζονται. Το ζήτημα του συνδυασμού της εργασίας με την οικογενειακή ζωή εξετάζεται επαρκώς.

---

53 α) Για κάθε μήνα αναβολής μετά την ηλικία των 65 ετών, οι συντάξεις αυξάνονται κατά 0,5% με μέγιστο όριο την ηλικία των 68 ετών. β) Η καταβολή σύνταξης δεν εξαρτάται από τη συνταξιοδότηση από τακτική απασχόληση. γ) Το πρόγραμμα αυτοαπασχόλησης παρέχει επιδοτήσεις σε άτομα άνω της ηλικίας των 63 ετών προκειμένου να λάβουν υποστήριξη για την ενεργό συμμετοχή τους σε οικονομική δραστηριότητα ως αυτοαπασχολούμενοι.

Όσον αφορά το θέμα της μείωσης της παιδικής φτώχειας, δίνεται έμφαση στην υποστήριξη μέσω της εκπαίδευσης, με προγράμματα ενισχυτικής διδασκαλίας, προγράμματα για την καταπολέμηση του αναλφαβητισμού και την παροχή στήριξης σε παιδιά με ειδικές ανάγκες. Με τη δημιουργία «ζωνών εκπαιδευτικής προτεραιότητας» αναγνωρίζονται οι ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών που προέρχονται από διαφορετικό πολιτιστικό περιβάλλον και το γεγονός αυτό θεωρείται θετικό βήμα προς μια πραγματική πολιτική ένταξη των ατόμων αυτών.

Οι πόροι που διατίθενται για την επίτευξη των οριζόμενων προτεραιοτήτων δεν αναφέρονται με συνέπεια. Οι επιδοτήσεις που χορηγούνται από το ΕΚΤ προς υποστήριξη των πολιτικών αναφέρονται με σαφήνεια. Οι αλλαγές στα προγράμματα που παρέχουν οικονομική αρωγή αναφέρονται επίσης με σαφήνεια.

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες προκλήσεις εξετάζονται επαρκώς και διαφαίνεται ήδη πρόοδος όσον αφορά την εφαρμογή μέτρων, η πολιτική για την αντιμετώπιση ορισμένων κύριων προκλήσεων, για παράδειγμα αναφορικά με τη διαχείριση της οικονομικής μετανάστευσης, παραμένει γενική και ασαφής. Άλλα ζητήματα, όπως η μείωση των διαφορών στις αμοιβές των δύο φύλων, θίγονται μόνον έμμεσα.

Επιπροσθέτως, παρά τη σαφή γραμμή πολιτικής για μεταρρύθμιση των συστημάτων φροντίδας υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας (για παράδειγμα, η αναδιοργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων ή το ζήτημα της αποϊδρυματοποίησης), το χρονοδιάγραμμα και ο αντίκτυπος στον προϋπολογισμό των ενεργειών αυτών δεν ορίζονται επακριβώς. Όσον αφορά την κοινωνική προστασία (συντάξεις), η κυβέρνηση αναφέρει τη δέσμευσή της για λήψη των απαραίτητων μεταρρυθμιστικών μέτρων έως τα τέλη του 2006. Ωστόσο, οι μεταρρυθμίσεις αυτές εξαρτώνται επίσης από το αποτέλεσμα του κοινωνικού διαλόγου. Και τα δύο ζητήματα συνδέονται άμεσα με το σκέλος της κοινωνικής ένταξης.

3.4 Διακυβέρνηση

Η έκθεση εθνικής στρατηγικής (ΕΕΣ) εγκρίθηκε από το υπουργικό συμβούλιο. Οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας (ΥΚΠ) του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων έχουν συντονιστικό ρόλο κατά τη σύνταξη της ΕΕΣ. Υπό την ιδιότητα αυτή, οι ΥΚΠ έλαβαν συνεισφορές από άλλες κρατικές υπηρεσίες και πραγματοποίησαν συνεδριάσεις με εκπροσώπους των τοπικών αρχών, κοινωνικών εταίρων και ΜΚΟ (μη κυβερνητικών οργανώσεων).

Σημειώθηκε πρόοδος όσον αφορά την παρακολούθηση και αξιολόγηση των πολιτικών, ενώ έγιναν προσπάθειες για συνολική προσέγγιση, παρά το γεγονός ότι οι ρυθμίσεις παρακολούθησης και αξιολόγησης παραμένουν πιο σαφείς για ορισμένες πολιτικές και πιο χαλαρές για άλλες, καθώς οι πολιτικές που υποστηρίζονται από το ΕΚΤ τυγχάνουν καλύτερης ανατροφοδότησης. Στο πλαίσιο αυτό, υποβλήθηκε πρόταση για σύσταση επιτροπής παρακολούθησης και αξιολόγησης. Η εφαρμογή της πρότασης αυτής θα είχε ως αποτέλεσμα την ενίσχυση σε πολιτικό επίπεδο της πολιτικής για την κοινωνική ένταξη.

Ο σαφής καθορισμός στόχων στην έκθεση είναι βέβαιο ότι θα διευκολύνει την παρακολούθηση της κατάστασης. Ωστόσο, η έλλειψη τεχνογνωσίας και οι περιορισμένοι ανθρώπινοι πόροι, όπως στην περίπτωση των ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό, ορισμένες φορές παρεμποδίζουν τη διαδικασία αυτή.

4. Συντάξεις

Τα εισοδήματα των συνταξιούχων στην Κύπρο συγκαταλέγονται μεταξύ των χαμηλότερων αντίστοιχων εισοδημάτων στην ΕΕ-25, σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό (57% των ατόμων ηλικίας 0-64 ετών), και ο κίνδυνος της φτώχειας στην ηλικιακή ομάδα των 65+ στην Κύπρο είναι ο υψηλότερος μεταξύ όλων των κρατών μελών (51% το 2004). Το μεγαλύτερο ποσοστό φτώχειας παρατηρείται στα άτομα που ζουν σε νοικοκυριά που αποτελούνται από έναν ενήλικα, αν και η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων δεν είναι ιδιαίτερα έντονη (47% για τους άνδρες και 53% για τις γυναίκες).

Η έκθεση βιωσιμότητας του 2006 διατύπωσε την εκτίμηση ότι η Κύπρος είναι κράτος μέλος υψηλού κινδύνου όσον αφορά τα δημόσια οικονομικά, ιδιαίτερα λόγω τη υψηλής προβλεπόμενης αύξησης των δαπανών που σχετίζονται με την ηλικία και του υψηλού χρέους. Σύμφωνα με τις προβολές της AWG (ομάδα εργασίας για τη γήρανση του πληθυσμού), η Κύπρος αναμένεται να αυξήσει τις δαπάνες για δημόσιες συντάξεις (συμπεριλαμβανομένων των συντάξεων των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα) από 6,9% του ΑΕγχΠ το 2004 σε 19,8% του ΑΕγχΠ το 2050. Η προβλεπόμενη αύξηση κατά 12,9 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕγχΠ είναι η μεγαλύτερη στην ΕΕ-25 και θα εξαντλήσει το αποθεματικό κεφάλαιο έως το 2040. Σύμφωνα με τις προβολές της ISG (προσωρινή καθοδηγητική ομάδα), οι υπολογισμοί του θεωρητικού ποσοστού αναπλήρωσης τοποθετούν το ακαθάριστο ποσοστό αναπλήρωσης από τον εκ του νόμου προβλεπόμενο πυλώνα στο ποσοστό του 46% (καθαρό 52%) το 2005, αυξανόμενο σε 57% (καθαρό 66%) έως το 2030 και 57% (καθαρό 70%) έως το 2050.

Η Κύπρος αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις οι οποίες προσδιορίζονται στην κοινή έκθεση του 2006, η κυριότερη από τις οποίες είναι η εξασφάλιση της επάρκειας του συνταξιοδοτικού συστήματος και η μείωση της φτώχειας για τα άτομα άνω των 65 ετών[54].

Το ύψος της κατώτατης σύνταξης (85% της πλήρους βασικής σύνταξης γήρατος) και της κοινωνικής σύνταξης (81%) για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών δεν αποσοβεί τον κίνδυνο της φτώχειας. Οι μεταρρυθμίσεις που εξετάζονται αφορούν κυρίως το γενικό σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων και περιλαμβάνουν σταδιακή αύξηση των εισφορών κοινωνικών ασφαλίσεων, αύξηση της ελάχιστης περιόδου ασφάλισης για συνταξιοδότηση και επανεξέταση του συνταξιοδοτικού δικαιώματος στις ηλικίες μεταξύ 63 και 65 ετών.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της φτώχειας των συνταξιούχων, η κυπριακή κυβέρνηση σκοπεύει να πραγματοποιήσει μελέτη το 2007 σχετικά με τη δυνατότητα καθορισμού ελάχιστου εισοδήματος για τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν το μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας, αντικαθιστώντας το ισχύον αναποτελεσματικό συμπληρωματικό σύστημα ειδικού επιδόματος για συνταξιούχους. Περαιτέρω μελέτη σχετικά με τη δυνατότητα ανάπτυξης δεύτερου πυλώνα με καθορισμένη παροχή συνεισφοράς για όσους δεν καλύπτονται από επαγγελματικές συντάξεις σχεδιάζεται επίσης για το 2007.

5. Φροντίδα υγείας και μακροχρόνια φροντίδα

5.1 Φροντίδα υγείας

Περιγραφή του συστήματος: Φροντίδα υγείας παρέχεται από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (ΔΥΥ) και τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Οι ΔΥΥ, οι οποίες χρηματοδοτούνται μέσω του

---

54 Το ύψος της σύνταξης κοινωνικής ασφάλισης εξακολουθεί να εξαρτάται από το χρόνο ασφάλισης που έχει συμπληρωθεί βάσει του συστήματος που άρχισε να ισχύει πριν από τον Οκτώβριο του 1980.

γενικού συστήματος φορολογίας, των από κοινού πληρωμών και καταβαλλόμενων αμοιβών, καλύπτουν το 65-70% του πληθυσμού δωρεάν και το 5-10% με χαμηλότερες τιμές. Δωρεάν φροντίδα υγείας παρέχεται μέσω των ΔΥΥ σε εργαζομένους του δημόσιου τομέα ανεξαρτήτως εισοδήματος. Ο υπόλοιπος πληθυσμός κατατάσσεται σε δύο κατηγορίες: αυτούς που δικαιούνται δωρεάν φροντίδα (οικογένειες με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά, άτομα με σοβαρή αναπηρία, φτωχοί κ.λπ.) και αυτούς που δικαιούνται φροντίδα σε χαμηλότερες τιμές (ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος και τον αριθμό των μελών της οικογένειας). Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από πληρωμές που καταβάλλουν άμεσα οι ασθενείς «από την τσέπη τους» ή μέσω επαγγελματικών ιατρικών ταμείων. Η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών γίνεται δωρεάν στα δημόσια νοσοκομεία για όλους τους κατοίκους. Η κάλυψη δεν είναι καθολική και οι παροχές φροντίδας υγείας χορηγούνται με βάση τους πόρους ζωής του δικαιούχου (με εξαίρεση τις προαναφερθείσες κατηγορίες). Τα άτομα που δεν δικαιούνται δωρεάν φροντίδα ή φροντίδα σε χαμηλότερες τιμές, προβαίνουν στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και καταβάλλουν τις πληρωμές άμεσα «από την τσέπη τους». Επί του παρόντος δεν υπάρχει σύστημα μηχανισμών ελέγχου (gate-keeping) και οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν τον ιατρό που επιθυμούν. Οι υπηρεσίες υγείας για μητέρες και παιδιά παρέχονται δωρεάν σε όλους στον τόπο χρήσης. Οι ιατροί του δημόσιου τομέα είναι έμμισθοι υπάλληλοι, ενώ οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος σε μεγάλο βαθμό δεν υπόκειται σε ρυθμίσεις, λαμβάνουν αμοιβή ανά παρεχόμενη υπηρεσία.

Η επίγνωση των σοβαρών οργανωτικών και οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζει το σύστημα φροντίδας υγείας είχε ως αποτέλεσμα τη θέσπιση, το 2001, ενός εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ) με στόχο υλοποίησης το 2008. Τα κύρια χαρακτηριστικά της μεταρρύθμισης είναι:

- Καθολική κάλυψη του πληθυσμού με βάση τη διαμονή

- Χρηματοδότηση μέσω συστήματος ασφάλισης με βάση τριμερείς συνεισφορές που σχετίζονται με το ύψος του εισοδήματος

- Ελευθερία επιλογής παρόχου από τον ιδιωτικό ή το δημόσιο τομέα

- Διαχωρισμός της παροχής από τη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας

- Διαχείριση του ΕΣΥ από ανεξάρτητο οργανισμό ασφαλίσεων υγείας δημοσίου δικαίου

- Εισαγωγή συστήματος παραπομπής και υποχρεωτικής εγγραφής σε γενικό ιατρό (ΓΙ) προκειμένου να ενισχυθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ)

Το 2006, ο οργανισμός ασφάλισης υγείας (ΟΑΥ) εργάστηκε για την κατάρτιση στρατηγικής και προέβη στις φάσεις εφαρμογής του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ).

Προσβασιμότητα: Παρά το γεγονός ότι οι ΔΥΥ καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (δωρεάν ή σε χαμηλότερες τιμές), η δυναμικότητά τους είναι περιορισμένη και έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, η πληρωμή για τις οποίες καταβάλλεται «από την τσέπη» των ασθενών. Τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα επιβαρύνονται σε μεγαλύτερο βαθμό για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (μεταξύ 4,6% και 6,4% του εισοδήματος του νοικοκυριού εν αντιθέσει με το 4% των νοικοκυριών διαμέσου εισοδήματος). Επιπροσθέτως, οι ανισότητες στην πρόσβαση απορρέουν από τη διαφοροποίηση των κριτηρίων επιλεξιμότητας για κάλυψη από τις ΔΥΥ (δωρεάν περίθαλψη χωρίς κριτήριο εισοδήματος για ορισμένους και με βάση τους πόρους ζωής για άλλους). Η

εισαγωγή του ΕΣΥ θα επιλύσει αυτές τις ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση (καθολική κάλυψη) και θα θέσει τέλος στη διαφοροποίηση της παροχής φροντίδας μέσω της ελεύθερης επιλογής παροχής. Οι γεωγραφικές ανισότητες υπάρχουν και από αυτές απορρέει η αυξημένη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, οι οποίες καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του πληθυσμού. Οι αρχές ενίσχυσαν τις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, έτσι ώστε να αυξηθεί η συνολική προμήθεια και να αμβλυνθούν οι γεωγραφικές ανισότητες.

Ποιότητα : Δεν υπάρχει συνολικό σύστημα διασφάλισης της ποιότητας. Η εισαγωγή ολοκληρωμένου συστήματος διασφάλισης της ποιότητας συνιστά προτεραιότητα για τις αρχές. Η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων θα επιλύσει το πρόβλημα της διαχείρισης αγοράς (που σε μεγάλο βαθμό δεν υπόκειται σε συντονισμό) τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Η νομοθεσία για τα δικαιώματα των ασθενών ψηφίστηκε από τη Βουλή και οι ασθενείς συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων μέσω των επιτροπών πρόνοιας ασθενών που δημιουργούνται σε κάθε νοσοκομείο. Η επιλογή ιατρού και νοσοκομείου από τον ασθενή, η οποία επί του παρόντος περιορίζεται στο δημόσιο τομέα, θα διευθετηθεί με την εισαγωγή του ΕΣΥ, στο πλαίσιο του οποίου θα υπάρξει ελεύθερη επιλογή ΓΙ είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό νοσοκομείο, ανάλογα με την παραπομπή. Δεν χρησιμοποιείται τεχνολογική αξιολόγηση. Έχουν τεθεί σε εφαρμογή συγκεκριμένα σχέδια δράσης για την πρόληψη ασθενειών (π.χ. έλεγχος για καρκίνο, δίκτυο ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών).

Μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα: Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (6,2% του ΑΕγχΠ και 972 κατά κεφαλήν ΙΑΔ το 2004) είναι από τις χαμηλότερες στην ΕΕ[55] παρά τη συνεχή διαχρονική τους αύξηση. Το μερίδιο των δαπανών για την υγεία που αντιστοιχεί στο δημόσιο τομέα (47,8% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2004) είναι το μικρότερο της ΕΕ παρά τη σημαντική αύξηση που σημειώθηκε κατά την τελευταία δεκαετία. Το 2004 το μερίδιο του ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τις δαπάνες για την υγεία ανήλθε σε 52,2% των συνολικών δαπανών οι οποίες κατά κύριο λόγο χρηματοδοτήθηκαν άμεσα από τους ασθενείς. Σύμφωνα με τις προβολές EPC/EC 2006, οι δαπάνες για ιατρική περίθαλψη στο δημόσιο τομέα αναμένεται να αυξηθούν κατά 1,1 ποσοστιαία μονάδα του ΑΕγχΠ έως το 2050 λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Το σχετικά μικρό μερίδιο των δημόσιων δαπανών για την υγεία αναμένεται να αυξηθεί με την εισαγωγή του ΕΣΥ και τη δημιουργία ιατρικής σχολής. Το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία οφείλεται στους ελλιπείς πόρους των ΔΥΥ και την έλλειψη συντονισμού μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η μεταρρύθμιση και η εισαγωγή του ΕΣΥ αναμένεται να επιλύσει προβλήματα διακυβέρνησης και να ενισχύσει το ρόλο της ΠΦΥ. Η εισαγωγή ενιαίου συστήματος οικογενειακών ιατρών με μηχανισμούς ελέγχου (gate-keeping) και δυνατότητα παραπομπής, οι οποίοι θα αμείβονται κατά κεφαλήν, θα επιλύσει τα προβλήματα συντονισμού μεταξύ των ανταγωνιστικών τομέων, εάν υπάρξει παράλληλα ελευθερία επιλογής παρόχου με ενιαία ρυθμιζόμενη τιμολόγηση. Επιπροσθέτως, η μεταρρύθμιση θα εισαγάγει έναν ενιαίο οργανισμό ασφάλισης υγείας (ΟΑΥ), μια υπηρεσία χρηματοδότησης, που θα εξασφαλίσει τιμολόγηση σε ίση βάση από τους ιδιωτικούς και δημόσιους παρόχους, συντονισμό μεταξύ των τομέων ενώ θα καθιερώσει αποτελεσματικά το διαχωρισμό μεταξύ αγοραστή/παρόχου. Ο δημόσιος τομέας υπερέχει όσον αφορά τον αριθμό νοσοκόμων και ο ιδιωτικός τομέας όσον αφορά τον αριθμό των ιατρών. Η μεταρρύθμιση επιδιώκει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα αυτό με μια νέα μέθοδο πληρωμής του ιατρικού προσωπικού. Έμφαση δίνεται στην προώθηση της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών μέσω της δημιουργίας ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ.

---

[55] Ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 8,87% και 2.376,33 το 2004.

5.2 Μακροχρόνια φροντίδα

Περιγραφή του συστήματος: Οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας (ΜΦ) περιλαμβάνουν τη φροντίδα σε ιδρύματα, τη φροντίδα κατ' οίκον και τη φροντίδα σε ημερήσια κέντρα. Η ΜΦ διατίθεται σε κατοίκους που δεν δύνανται να εξασφαλίσουν τη φροντίδα αυτή με ίδια μέσα. Παρέχεται άμεσα από κρατικά, κοινοτικά και ιδιωτικά ιδρύματα με κρατική χρηματοδότηση. Οι κρατικές επιδοτήσεις παρέχονται σε δικαιούχους δημόσιας αρωγής και για την υποστήριξη κρατικών, κοινοτικών και ιδιωτικών υπευθύνων φροντίδας, καθώς και για δαπάνες προσαρμογών στην οικία με στόχο την προώθηση της φροντίδας κατ' οίκον. Ο ιδιωτικός τομέας κυριαρχεί όσον αφορά την παροχή ΜΦ (η φροντίδα αυτή παρέχεται κυρίως σε ιδιωτικά ιδρύματα, από ιδιωτικούς υπευθύνους φροντίδας κατ' οίκον), λαμβάνοντας κρατικές επιδοτήσεις για τις ευάλωτες ομάδες. Κατά συνέπεια, το κράτος, εκτός από την άμεση παροχή υπηρεσιών, επιδοτεί κοινωφελείς και ιδιωτικούς οργανισμούς που παρέχουν ΜΦ. Οι από κοινού πληρωμές από άτομα που λαμβάνουν φροντίδα εξαρτώνται από το εισόδημα του νοικοκυριού. Οι ΜΚΟ διαδραματίζουν ολοένα και μεγαλύτερο ρόλο στην παροχή ΜΦ.

Προσβασιμότητα: Γενικός στόχος των αρχών είναι η παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους και εξαρτώμενα άτομα κατ' οίκον και/ή εντός της οικογένειας. Αυτός είναι ο κύριος μηχανισμός εξασφάλισης πρόσβασης σε υπηρεσίες ΜΦ. Ένα μέλος της οικογένειας μπορεί να είναι υπεύθυνος φροντίδας κατ' οίκον και να λαμβάνει οικονομική υποστήριξη εάν δεν έχει απασχόληση. Η φροντίδα κατ' οίκον θα ενισχυθεί περαιτέρω μέσω συγκεκριμένων μέτρων που αποσκοπούν στην ενημέρωση των ατόμων που δεν λαμβάνουν δημόσια αρωγή. Όσον αφορά τη ΜΦ για τα άτομα που πάσχουν από διανοητικές διαταραχές, εφαρμόζονται μέτρα αναβάθμισης και επέκτασης της ΜΦ στον τομέα αυτό (ιδρυματική φροντίδα, μη ιδρυματική φροντίδα καθώς και δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας). Όσον αφορά τη φροντίδα σε ίδρυμα, η περιορισμένη παροχή υπηρεσιών από το κράτος και την κοινότητα αντιμετωπίζεται μέσω της χρήσης εγκαταστάσεων ιδιωτικών ιδρυμάτων με κρατικές επιδοτήσεις (για τον περιορισμό της λίστας αναμονής).

Ποιότητα: Οι ελάχιστες απαιτήσεις ποιότητας, η καταγραφή και οι τακτικές επιθεωρήσεις όσον αφορά τη φροντίδα σε ίδρυμα και την ημερήσια φροντίδα σε ιδιωτικά και κοινοτικά κέντρα προβλέπονται από το νόμο. Αναμένεται η εφαρμογή νόμου για τη ρύθμιση της παροχής ΜΦ (φροντίδα κατ' οίκον) από ιδιωτικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς και τη θέσπιση προτύπων όσον αφορά τα προσόντα των υπευθύνων φροντίδας. Η ιδρυματοποίηση χρησιμοποιείται ως τελευταία επιλογή σε περιπτώσεις που η οικογένεια δεν δύναται να καλύψει τις ανάγκες φροντίδας ενός μέλους, ενώ έμφαση δίνεται στη φροντίδα κατ' οίκον και την κοινοτική φροντίδα.

Μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα: Έχουν γίνει βήματα προκειμένου να εξασφαλισθεί ο απαραίτητος συντονισμός για την προώθηση της οικονομικής βιωσιμότητας της ΜΦ (υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, Παγκύπριο Συντονιστικό Συμβούλιο Εθελοντισμού και τοπικές αρχές), με στόχο τη λογική κατανομή των επιδοτήσεων μεταξύ των διαφόρων ιδιωτικών και κοινωφελών οργανισμών και των τοπικών αρχών καθώς και την αποτελεσματική χρήση των πόρων. Πέραν τούτου, ενόψει των δημογραφικών εξελίξεων, εφαρμόζεται σχέδιο ένταξης των γηριατρικών υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας και προώθησης των πολιτικών πρόληψης. Οι αρχές επέλεξαν να εστιάσουν τη χορήγηση των πόρων στους δικαιούχους που τους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη και να υποστηρίξουν περισσότερο τη φροντίδα κατ' οίκον παρά την ιδρυματοποίηση, προκειμένου να προωθήσουν την οικονομική βιωσιμότητα της ΜΦ.

6. Μελλοντικές προκλήσεις

- Συνέχιση της βελτίωσης της θέσης των ευάλωτων ομάδων στην κοινωνία, ενισχύοντας τα βήματα προς μια ενεργό ένταξη στην απασχόληση και την πρόσβαση επί ίσοις όροις σε όλες τις υπηρεσίες.

- Συνέχιση των προσπαθειών βελτίωσης της διακυβέρνησης, με στήριξη της θεσμικής υποδομής και της συμμετοχής των τοπικών αρχών, των ΜΚΟ και των κοινωνικών εταίρων, καθώς και με την ενίσχυση της ανάπτυξης, της υλοποίησης, της παρακολούθησης και της αξιολόγησης των παρεμβάσεων πολιτικής.

- Εξασφάλιση της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας των συντάξεων, ιδιαίτερα μέσω αυξημένων κινήτρων για παράταση του επαγγελματικού βίου και παράλληλη αντιμετώπιση του υψηλού κινδύνου φτώχειας στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω.

- Επιτάχυνση της διαδικασίας μεταρρύθμισης προκειμένου να εξασφαλισθεί μια καθολική και πλήρης κάλυψη της φροντίδας και η ισότιμη χρηματοδότηση μέσω αυξημένων επιδοτήσεων και αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών.

- Αποτελεσματικός συντονισμός μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με στόχο την προώθηση της αποκέντρωσης, με έμφαση στη βελτίωση της θεσμικής υποδομής των τοπικών αρχών, των ΜΚΟ και των κοινωνικών εταίρων, καθώς και την ενίσχυση των μηχανισμών παρακολούθησης και διασφάλισης της ποιότητας.

Cyprus: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	5.0	82.2
2002	2.0	82.6
2004	4.2	87.7
2006	3.8f	88.3f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	65.7	78.7	53.5	37,0	49.4
2002	68.6	78.9	59.1	37,0	49.4
2004	68.9	79.8	58.7	37.5	49.9
2005	68.5	79.2	58.4	36.7	50.6

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	4.9	3.2	7.2	10.1
2002	3.6	2.9	4.5	8.1
2004	4.6	3.6	6,0	10.5
2005	5.2	4.3	6.5	13.0

** Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; ** GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast*

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	75.3	79.8	16.3	18.6	n/a	n/a	9.7
2000	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	5.6
2004	76.8sp	81.9sp	16.7sp	19.4sp	68.4	69.6	3.5

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop.
1995	n/a	n/a	-	n/a	n/a
2000	5.8	41.6	55.7		
2004	6.2	47.8	50		

**THE: Total Health Expenditure* ***PHI: Private Health Insurance*

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2000	14.8	48.8	27.2	7.2	6.3	7.1	3.4
2004	17.8	48.3	24.1	4.9	11.4	6.9	4.3

** including administrative costs*

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since: Total social expend.	Public Pensions	Health Care	Long-Term Care
2005					
2010	19.1	n/a	n/a	n/a	n/a
2030	32.9	n/a	n/a	n/a	n/a
2050	43.2	n/a	n/a	n/a	n/a

Cyprus: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk-of-poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	16b	13b	17b	11b	51b	19b	17b	21b	19b	21b	**Total**	4.3b
Male	15b	-	15b	10b	47b	17b	-	18b	17b	20b	**Male**	-
femal	18b	-	19b	13b	53b	21b	-	22b	21b	23b	**Female**	-

	People living in jobless households: Children	% of people aged 18-59*		
	Total	Total	Male	Female
1999	n/a	n/a	n/a	n/a
2004	2.6	5,0	3.8	6.1
2006	3.9	4.9	3.7	5.9

	Long-Term Unemployment rate (% of people aged 15-64)				Early school-leavers (% of people aged 18-24)		
	Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	n/a	n/a	n/a	**1999**	17.5	24.6	12.3
2004	1.2	0.9	1.6	**2004**	20.6	27.2	14.9
2005	1.2	0.8	1.8	**2005**	18.1	26.6	10.6

** excluding students; b: break in data series*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.57b	0.59b	0.55b	***Aggregate replacement ratio***	0.28b	0.34b	0.34b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Estimate of current (2002)	Assumption
n/a	n/a		n/a		n/a		n/a	n/a		n/a

** (DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

LATVIJA

1. Situācija un galvenās attīstības tendences

IKP pieaugums 2006. gadā joprojām bija liels (apmēram 11%). Vispārējais nodarbinātības līmenis 2005. gadā sasniedza 63,3% (25 valstu ES — 63,8%). Vecāka gada gājuma darbinieku (49,5%) un sieviešu (59,3%) nodarbinātība bija virs 25 valstu ES vidējā rādītāja, savukārt vīriešu nodarbinātība, lai gan pieauga, saglabājās diezgan zema (67,6%). Darba tirgū, kura stāvokli pasliktināja darbaspēka migrācija un darbspējīgā vecumā esošu iedzīvotāju skaita samazināšanās, bezdarbs turpināja samazināties (8,9%), bet saglabājās mazliet virs ES vidējā rādītāja (8,7%). Ilgtermiņa bezdarbs (4,1%) samazinājās mazākā tempā. Lai gan sieviešu bezdarbs (8,7%) bija zem ES vidējā rādītāja, vīriešu bezdarbs (9,1%) bija diezgan augsts. Jauniešu bezdarbs samazinājās līdz 13,6%. Bija vērojams neliels vispārējās aktivitātes samazinājums (69,9%), tagad tas ir zem ES vidējā rādītāja (70,2%). Latvijā liela daļa nodarbinātības nav deklarēta. Ir radies darbaspēka trūkums, un ražība vēl joprojām ir zemākā ES.

Vidējais dzīves līmenis, lai gan strauji pieaug, joprojām ir zems (IKP uz iedzīvotāju pēc pirktspējas standartiem 2006. gadā bija 52% no ES vidējā rādītāja). Liela inflācija (6,6%) izputina mazo un vidējo algu saņēmēju ienākumus, un pieaug mājsaimniecību parādi. Saglabājas ienākumu nevienlīdzība, kā liecina Džini koeficients, kas 2004. gadā bija 36. Pastāv ievērojamas reģionālas atšķirības un atšķirības starp pilsētām un laukiem. Nabadzības riska[56] koeficients bija 19%. Dažās iedzīvotāju grupās palielinājās nabadzības risks (piemēram, vientuļie pensionāri, vientuļo vecāku ģimenes). Priekšlaicīga skolas pamešana (11,9%) vairāk skar vīriešus (15,5%, sievietēm attiecīgais rādītājs ir 8,2%). Valstī, kuras mērķis ir uz zināšanām balstīta ekonomika, bažas rada iedzīvotāju skaits ar zemu izglītības līmeni vecuma grupā no 25 līdz 34 gadiem (kopā 20,1%, vīriešiem — 24,6%, sievietēm — 15,6%), savukārt vecāku iedzīvotāju grupās (līdz 54 gadiem) rādītāji ir labāki (6,8% vecuma grupā no 35 līdz 44 gadiem).

Iedzīvotāju skaits kopš 1991. gada ir samazinājies, un samazinājums plānots arī turpmākajās desmitgadēs, lai gan salīdzinājumā ar kopējā iedzīvotāju skaita samazinājumu demogrāfiskās slodzes koeficients palielināsies mēreni (no 24,1% pašlaik līdz 44,1 % 2050. gadā). Sociālās aizsardzības izdevumu procentuālā daļa no IKP 2004. gadā bija maza (12,6%), un tai bija tendence samazināties. Jaundzimušo paredzamais mūža ilgums ir viens no mazākajiem ES (2004. gadā — 67,1 gads vīriešiem un 77,2 gadi sievietēm; attiecīgais rādītājs vīriešiem ir gandrīz par 10 gadiem mazāks par ES vidējo), tomēr kopš 1995. gada tas ir ievērojami palielinājies. Lai gan bērnu mirstība pastāvīgi samazinās (26,9% 1960. gadā), tā joprojām ir augsta (2004. gadā — 9,4, tas ir augstākais rādītājs ES un vairāk nekā divas reizes pārsniedz vidējo). Perinatālā mirstība (2005. gadā — 9,9) arī ir viena no lielākajām. Kopējie izdevumi veselības aprūpei 2004. gadā bija 6,4% no IKP (puse no tiem bija publiskie izdevumi).

---

56 Pēc *EU-SILC* īstenošanas 2005. gadā uz ienākumiem balstīto rādītāju vērtības (nabadzības riska koeficients, *S80/S20*, aizvietošanas kopumu attiecība (*aggregate replacement ratio*), utt. 2004. ienākumu gadam) nevar salīdzināt ar iepriekšējos gados sniegtajiem aprēķiniem, tāpēc redzamās atšķirības pa gadiem nav nozīmīgas. Pārejas laikā uz jauno ES saskaņoto un salīdzināmo avotu *SILC* (skatīt metodisko piezīmi) šo aprēķinu pamatā bija valsts mājsaimniecību budžeta pētījumi, kas nebija pilnībā salīdzināmi ar *SILC* metodiku, kuras pamatā ir sīka informācija par ienākumiem.

2. Vispārējā stratēģiskā pieeja

Latvijas valsts ziņojumā par sociālās aizsardzības un sociālās iekļautības stratēģiju 2006. līdz 2008. gadam (VZS) uzsvērta integrētu un savstarpēji atbalstošu politiku nozīme sociālās iekļautības, pensiju, veselības un ilgtermiņa aprūpes jomā. Latvija, vēloties apvienot elastību un drošību, koncentrējas uz sociālās aizsardzības sistēmas spēju reaģēt uz iedzīvotāju novecošanos, uz darbaspēka skaita samazināšanos un uz pabalstu atbilstību. Tiek veidots iekļaujošs darba tirgus. Liela uzmanība tiek pievērsta veselības aprūpei, profilaktiskie pasākumiem un veselīgam dzīvesveidam. Turklāt Latvijā uzsvars likts uz izglītības un ģimenei draudzīgas vides veicināšanu. Pensionāru sociālās atstumtības riska samazināšana ir viena no valsts prioritātēm. Vispārīgajos sociālās iekļautības jautājumos, kas apskatīti VZS, ietilpst šķēršļi, kas riska grupām apgrūtina pieejamību līdzekļiem, izglītībai, kvalitatīvam darbam, sociālajai aprūpei un veselības aprūpei, IKT un mājoklim. Viena no VZS priekšrocībām ir tā, ka tajā parādīts, ka jaunas iekļautības prioritātes ir radušās pašreizējās situācijas analīzes un plašu apspriežu rezultātā.

Latvija atzīst to, ka nepieciešams pievērst uzmanību sociālās aizsardzības sistēmas piemērotībai, modernizēšanai un finansiālai ilgtspējībai, jo īpaši tas attiecas uz pensijām un veselības aprūpi. Tiek uzsvērts, ka jāizmanto tāda metode, kas būtiski mainītu demogrāfisko situāciju. Lai gan pensiju reforma jau ir pabeigta, pensijām joprojām pievērš ievērojamu uzmanību. Latvija ir pārliecināta par savu pensiju politiku un uzskata to par progresīvu, mūsdienīgu un finansiāli stabilu ilgtermiņā. Pašlaik Latvija palielina pensijas vecumu sievietēm (līdz 62 gadiem, kas atbilst vīriešu pensijas vecumam). Vecu ļaužu nabadzības līmenis ir salīdzinoši zems, tomēr nabadzības riska ziņā paaudžu atšķirības joprojām ir ļoti lielas. Latvija ir norādījusi, ka nepieciešams pensiju rezerves fonds (demogrāfiskās slodzes dēļ). Tas ir svarīgi, lai nodrošinātu pensiju sistēmas finansiālo ilgtspējību, tāpēc par pasākumiem, kas saistīti ar fondu, jāsniedz sīkāka informācija. Latvija plāno veikt veselības aprūpes sistēmas reformu, lai uzlabotu tās ilgtermiņa ilgtspējību, kvalitāti un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. To izdarīt palīdzēs neatliekamās medicīniskās palīdzības modernizēšanas un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūras uzlabošanas programmas. Īpašs uzsvars jāliek uz to, lai labāk integrētu primāro veselības aprūpi. Lai uzlabotu vispārējo pakalpojumu pārklājumu un ģeogrāfisko pieejamību (paplašinot neatliekamo palīdzību), jāsamazina indivīda finanšu slogs un jārisina cilvēkresursu problēmas. To var panākt, palielinot publisko līdzekļu piešķīrumu veselības nozarei un izstrādājot mācību un personāla noturēšanas politiku (ar struktūrfondu palīdzību). Tomēr VZS nav pietiekami iztirzāta nabadzīgo iedzīvotāju piekļuve.

Pārvērtot stratēģijas rīcībā, kas veicama sociālās iekļautības jomā, VZS koncentrējas uz darbības cikla metodi un uz dažiem ģimeņu veidiem. VZS noteiktas trīs plašas rīcības prioritātes, lai uzlabotu pakalpojumu un līdzekļu pieejamību: a) izglītība un darbavietas bērniem un jauniešiem, kuriem draud nabadzība un sociālā atstumtība; b) līdzekļi un pakalpojumi ģimenēm, jo īpaši lielām ģimenēm un vientuļo vecāku ģimenēm un c) līdzekļi un pakalpojumi pensionāriem, kam draud nabadzība, jo īpaši vientuļiem pensionāriem. VZS minētas arī vairākas citas riska grupas, nerisinot sīkāk to problēmas. Vispār VZS sniegts rīcību kopsavilkums, kura pamatā ne vienmēr ir skaidra un saskaņota stratēģija. Latvijas VZS ir uz nākotni vērsts dokuments, un tādēļ tajā diemžēl netiek apspriests tas, cik lielā mērā tika sasniegti 2004.—2006. gada mērķi vai iepriekšējo politiku ietekme. VZS trūkumi joprojām ir saistīti ar 2006. līdz 2008. gada perioda uzraudzības mērķiem un rādītājiem, un šis aspekts ir būtiski jāuzlabo. Tā kā nav iekļauti skaidri mērķi par nabadzības samazināšanu, dažas Lisabonas valsts reformu programmā (VRP) ietvertās sociālās iekļautības saistības

(piemēram, nabadzības riska koeficienta samazināšana līdz 11% līdz 2008. gadam) ir pazudušas no darba kārtības. Nav pietiekami uzsvērta struktūrfondu atbalsta nozīme prioritāro pasākumu īstenošanā, un trūkst informācijas par finansējumu. Tas vairo bažas par to, ka sociālās atstumtības un cilvēkresursu pilnveidošanas mērķiem pievērstā uzmanība varētu nebūt pietiekama. Trīs labas prakses piemēri precīzi neatbilst četrām izraudzītajām jomām, un tie nav ne pilnībā īstenoti, ne novērtēti.

3. Sociālā iekļautība

3.1. Galvenās tendences

Jaunākās izmaiņas Latvijā ir arī sociālā nodrošinājuma pabalsti ģimenēm ar bērniem un jaunu atbalsta pasākumu ieviešana. Mazākās pensijas ir palielinātas. 2005. gadā tika palielināts neapliekamais ienākumu minimums (un turpmāk to vēl palielinās), kā arī pabalsts garantētā minimālā ienākumu līmeņa nodrošināšanai. Tiek izskatīta iespēja samazināt iedzīvotāju ienākuma nodokļa likmi (pašlaik 25%). Ir pieņemts lēmums no 2007. gada ievērojami palielināt minimālo algu (par vairāk nekā 30%). Nabadzīgākās mājsaimniecības lielu daļu ienākumu tērē mājoklim un ēdienam (2004. gadā — 41%), tāpēc inflācija iznīcina visus centienus uzlabot to stāvokli. Izglītības cenu pieaugums (saskaņā ar valsts statistiku šajā akadēmiskajā gadā par 10,3%), veselības aprūpes pakalpojumu, pārtikas, mājokļa, apkures un transporta cenu pieaugums negatīvi ietekmē arī iedzīvotājus, kas saņem vidējo algu. Mājsaimniecību parāds pieaug, un ir vajadzīgs padoms par sekām, ko rada lielu finanšu saistību uzņemšanās.

Lai gan vidējās algas strauji pieaug un visiem mājsaimniecību veidiem palielinās rīcībā esošo ienākumu apmērs, joprojām pastāv lielas atšķirības starp pilsētām un laukiem, kā arī starp Rīgu un citiem reģioniem. Džini koeficients ir samazinājies vienīgi Rīgā. Nabadzības riska slieksnis 2004. gadā bija EUR 110 mēnesī. Pateicoties lielāko algu saņēmēju dinamiskajam ienākumu palielinājumam un inflācijai, vairāku grupu nabadzības risks joprojām ir liels, piemēram, vientuļie pensionāri, vientuļo vecāku ģimenes un ģimenes ar daudziem apgādājamiem bērniem. Mazo algu saņēmēju nodokļu slogs un bezdarba draudi arī ir lieli (2004. gadā — 41,1% un 87,10%). Jauniešu izglītības līmenis ir 81,8% (sievietēm šis rādītājs ir 86,6%). Saskaņā ar VZS gan arodskolās, gan vispārizglītojošās dienas skolās ir pieaudzis skolu pametušo audzēkņu skaits. Ir palielinājies latviešu valodas mācību apjoms, bet mūžizglītības koncepcija vēl jāievieš, lai gan 2005. gadā ir samazinājusies pieaugušo līdzdalība izglītībā un mācībās. 2006. gadā ir sagatavoti vairāki politikas dokumenti attiecībā uz neaizsargātajām iedzīvotāju grupām (čigānu tautību, invalīdiem, bijušajiem ieslodzītajiem un nabadzīgajiem iedzīvotājiem), bet to ietekme būs atkarīga no mērķu sasniegšanai piešķirtajiem līdzekļiem.

3.2 Galvenie uzdevumi un prioritātes

Ir ieguldītas pūles, lai palīdzētu izskaust nabadzību un sociālo atstumtību, uzlabojot pamatlīdzekļu un sociālo pakalpojumu pieejamību. Tomēr Latvijas sabiedrībai joprojām ir lielas vajadzības. Sociālās iekļautības politika skar visus valdības līmeņus, tomēr nepieciešams uzlabot to efektivitāti, iedarbīgumu un integrēšanu attiecīgajās sabiedrības politikas jomās un struktūrfondu programmās. Divi uzdevumi sociālās iekļautības jomā, kas ir minēti 2006. gada apvienotajā ziņojumā par sociālo aizsardzību un sociālo iekļautību, joprojām ir spēkā (saskanīgas stratēģiskās metodes izstrāde, lai sekmētu sociālo iekļautību, un mērķtiecīgāku pasākumu ieviešana attiecībā uz neaizsargātajām iedzīvotāju grupām).

Ir veikts ievērojams darbs, lai uzlabotu attiecīgo dalībnieku iekļautību un ņemtu vērā pašvaldību un riska grupu vajadzības, tomēr reģionālo atšķirību novēršana joprojām ir svarīgs jautājums. Veiktie un plānotie pasākumi nav pilnībā spējuši atrisināt konstatētās problēmas. Diemžēl pētījumi un statistikas dati neliecina par ievērojamiem panākumiem neaizsargāto iedzīvotāju grupu nabadzības riska un sociālās atstumtības samazināšanā ne reģionāli, ne dažādās dzimumu grupās. Inflācijas pieaugums ir izskaudis valdības pūles palīdzēt iedzīvotāju grupām ar maziem ienākumiem, savukārt jautājums par nevienlīdzību ienākumu sadalē nav risināts. Jaunie prioritārie pasākumi lielākoties vērsti uz riska grupām, piedāvājot vienādu metodi abiem dzimumiem un visiem reģioniem un teritorijām. Citu riska grupu vajadzības (piemēram, bezpajumtnieki, ilgtermiņa bezdarbnieki, narkomāni, cilvēktirdzniecības upuri) arī jāņem vērā, un mūžizglītība ir svarīga, lai sasniegtu sociālās iekļautības mērķus. Pie pozitīvām pārmaiņām minams tas, ka ESF palīdzējis Latvijai palielināt to iedzīvotāju skaitu, kas gūst labumu no aktīvas darba tirgus politikas, un dzimumu aspekts ir kļuvis redzamāks. VZS ir tikai minēts, ka struktūrfondu un *EQUAL* finansējums ir devis atbalstu galvenajiem politikas mērķiem, un ERAF atbalsts ir atspoguļots labākās prakses piemēros.

3.3. Politikas pasākumi

Izglītība un darbavietas bērniem un jauniešiem, kuriem draud nabadzība un sociālā atstumtība.

Saistībā ar šo prioritāti veikto pasākumu mērķis ir uzlabot mācību procesa efektivitāti pamatizglītībā un samazināt priekšlaicīgi skolu pametušo audzēkņu skaitu un tādu audzēkņu skaitu, kam ir sliktas sekmes. Tiks piedāvātas labākas iespējas piedalīties atkārtošanas un koriģējošās mācību programmās. Būs pieejami gan skolotāju palīgi, gan konsultācijas. Uzlabos IKT atbalstu un prasmes. Bērnus ar īpašām vajadzībām integrēs vispārējā izglītības sistēmā un darba tirgū. Risinās problēmas, kas skar gados jaunus noziedzniekus, un veiks pasākumus, lai palīdzētu čigānu tautības bērniem. Ir plānots uzlabot riska grupu arodmācības, kā arī veikt vispārējus uzlabojumus profesionālajā orientācijā un karjeras izaugsmes atbalstā. Ir plānots uzlabot ar darbu saistītās prasmes jauniešiem.

Līdzekļi un pakalpojumi ģimenēm, jo īpaši lielām ģimenēm un vientuļo vecāku ģimenēm.
Ir nodoms vēl vairāk samazināt nodokļu slogu, palielināt pabalstus un uzlabot pabalstu sistēmu, padarot to vairāk piemērotu ģimenei. Mājsaimniecībām, kas iegādāsies IKT, piedāvās nodokļu atlaides. Ir plānots uzlabot mājokļa pieejamību. Veselības aprūpes uzlabošanas pasākumi ietver brīvpusdienas pamatskolās, testus grūtniecēm, lai samazinātu jaundzimušo skaitu, kas ir inficēti ar HIV/AIDS, un divu mobilu paliatīvās aprūpes grupu izveidi (kurās ietilpst psihologs, sociālais un medicīnas darbinieks un garīdznieks). Turpinās veicināt alternatīvo sociālo aprūpi un sociālos pakalpojumus, tostarp bērna kopšanas pakalpojumus. Uzlabos atbalstu ģimenēm, kas ir kritiskā stāvoklī, un veicinās ģimenei draudzīgu vidi un infrastruktūru. 900 pašvaldību sociālie darbinieki saņems algas, ko daļēji maksās no centrālā budžeta.

Līdzekļi un pakalpojumi pensionāriem, kam draud nabadzība, jo īpaši vientuļiem pensionāriem.
Lai samazinātu nabadzību un sociālo atstumtību, kas skar pensionārus, palielinās pamatatbalsta summu, palielinās mazākās pensijas, ieviesīs pabalstu piemaksas, palielinās neapliekamo ienākumu minimumu. Uzlabos mājokļa, veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu pieejamību. Jaunās iniciatīvas, kas jāievieš, veicinās kultūras pasākumu un IKT pieejamību.

VZS mērķi un rādītāji joprojām jāuzlabo, lai ļautu noteikt to iedarbību uz Latvijas sabiedrību (tostarp atšķirības starp dzimumiem un reģioniem). Ierosināto pasākumu iespējamo ietekmi nevar novērtēt, jo trūkst informācijas par laika grafikiem un piešķirtā finansējuma VZS prioritāšu īstenošanai, kā arī pastāv trūkumi mērķu noteikšanā un rādītāju izmantošanā. Kopumā politikas pasākumi, šķiet, ir paveicami, bet pārmaiņu dēļ, kas Latvijā notikušas sociālajā jomā un ekonomikā, VZS būtu nācis par labu, ja attiecībā uz īpašajiem nabadzības izskaušanas un sociālās atstumtības mērķiem būtu noteikti grūtāki uzdevumi. Latvija risina dzimumu līdztiesības jautājumus, uzsverot nepieciešamību labāk savienot darbu ar ģimenes dzīvi un pastiprināt diskriminācijas riska novēršanu. Minēti valsts pasākumi, lai nodrošinātu šādu savienošanu, izmantojot valsts atbalsta sistēmu ģimenēm bērnu kopšanas laikā, kad viens no vecākiem saņem bērna kopšanas pabalstu. Parasti par bērniem rūpējas sieviete, tāpēc šie pasākumi sniedz iespēju saglabāt profesionālo kvalifikāciju un konkurētspēju darba tirgū. Latvija uzsver to, cik svarīgi ir ieviest īstermiņa alternatīvās bērnu aprūpes centrus un aprūpes pakalpojumus. Tomēr ir steidzami nepieciešams stingrs valsts atbalsts, lai pilnveidotu šos pakalpojumus. Pašreiz valsts mēroga pasākumi, lai izveidotu šādus pakalpojumus, lielākoties ir darba devēju un pašvaldību motivēšana, metodiski ieteikumi un kampaņas. VZS arī minēta nepieciešamība palielināt tēva nozīmi un atbildību, ka arī izveidot dienas aprūpes centrus veciem ļaudīm un invalīdiem.

3.4. Pārvaldība

Ir pieliktas pūles, lai panāktu labāku pārvaldību, pārredzamību un ieinteresēto personu līdzdalību. Lai labāk apzinātu sociālo riska grupu vajadzības visos reģionos, veica plašu apspriešanos, sākot ar pašvaldībām un NVO. Tai sekoja plaša sabiedriskā apspriešana. Nobeigumā iesniedza 101 priekšlikumu. Attiecīgie dalībnieki tika iesaistīti VZS sagatavošanā, izveidojot reprezentatīvu darba grupu. Nākamā īstenošanas perioda uzraudzības mehānisms būs tāds pats kā pašlaik — uzraudzības komiteja un īstenošanas ziņojums. VZS plāno (2007. gadā) veicināt sociālo kohēziju un dzimumu līdztiesību, iekļaujot sociālās iekļautības politiku attiecīgajās politikas jomās un apzinot un īstenojot citu dalībvalstu labāko praksi. Šādas pārmaiņas ir ļoti vēlamas. Joprojām pastāv bažas, jo valstī ir lieli trūkumi sociālās iekļautības jomā, NVO un pašvaldības iesniedz neskaitāmus priekšlikumus, bet ir izvēlētas tikai dažas prioritātes, galvenokārt koncentrējoties uz ģimenes struktūru un vecumu. Bažas rada piemērota sociālās iekļautības pasākumu finansējuma trūkums, jo īpaši periodā no 2007. līdz 2013. gadam. Turklāt, gatavojoties nākamajam SF plānošanas periodam, Latvija atzīst to, ka trūkst „dziļāku pētījumu" par Nacionālā rīcības plāna nabadzības un sociālās atstumtības mazināšanai (2004.—2006.) īstenošanu. Šādas informācijas trūkums var mazināt pašreizējā VZS panākumus.

4. Pensijas

Pensionāru ienākumi ir diezgan līdzīgi visu iedzīvotāju ienākumiem (2003. gadā — 75% no ienākumiem iedzīvotājiem vecumā no 0 līdz 64 gadiem), un nabadzības risks to iedzīvotāju vecuma grupā, kuriem ir 65 vai vairāk gadu, (2005. gadā — 21%) ir ievērojami lielāks nekā visu iedzīvotāju grupā, bet atšķirība dzimumu starpā ir ievērojama (12% vīriešiem un 26% sievietēm). 2006. gada ziņojumā par ilgtspējību Latvija attiecībā uz publisko finanšu ilgtspējību ir novērtēta kā zema riska dalībvalsts. Atbilstoši *AWG* prognozēm 2005. gadam Latvija paredz, ka izdevumi valsts pensijām samazināsies no 6,8 % līdz 5,2% no IKP laikā no 2004. līdz 2009. gadam un pēc tam margināli paaugstināsies no 5,2 līdz 5,6 % laikā no 2009. līdz 2050. gadam un kopumā valsts pensiju izdevumi periodā no 2004. līdz 2050. gadam samazināsies par 1,2 procenta punktiem. Ņemot vērā izdevumus pensijām no obligāto iemaksu shēmas, paredzams, ka izdevumi pieaugs no 6,8 % no IKP 2004. gadā līdz

8,3 % no IKP 2050. gadā. *ISG* prognozes liecina, ka neto kompensācijas likme samazināsies no 78 % 2005. gadā līdz 67 % 2030. gadā un tad pieaugs līdz 72 % 2050. gadā (plānots bruto kompensācijas likmes samazinājums no 61 % 2005. gadā līdz 51 % 2030. gadā un tad pieaugums līdz 55 % 2050. gadā).

2006. gada apvienotajā ziņojumā izklāstītas grūtības, ar kurām Latvija saskaras, proti, nepieciešamība samazināt ēnu ekonomiku, lai nodrošinātu to, ka indivīdi veic iemaksas pensiju sistēmā, kā arī personu ar maziem ienākumiem aizsardzību pensijas vecumā, jo īpaši tādēļ, ka Latvija pastiprina saikni starp veiktajām iemaksām un izmaksātajiem pabalstiem. Svarīgs jaunums ceļā uz pēdējā uzdevuma veikšanu ir ievērojamais garantētās minimālās pensijas pieaugums, kas attiecas uz personām ar maziem ienākumiem vai nelielu apmaksāta darba stāžu. Valsts pensiju sistēma tika pārveidota trīs līmeņu pensiju sistēmā, kurā ietilpst nosacīta noteiktu iemaksu shēma (NNIS jeb regulāras iemaksas pensiju shēmā), valsts pensiju shēma un privāto pensiju shēmas. Saistībā ar iedzīvotāju novecošanās ietekmi uz pensijām valsts politikas mērķis ir ilgtermiņā līdzsvarot budžeta stāvokli. Valdība sagaida, ka iemaksu samazinājumu NNIS shēmā kompensēs nodarbinātības un deklarētās nodarbinātības pieaugums. Saskaņā ar pašreizējiem plāniem no 2008. gada priekšlaicīga pensionēšanās tiks pārtraukta. Nabadzības riska līmenis to iedzīvotāju vecuma grupā, kuriem ir 65 vai vairāk gadu, pašreiz ir tikai nedaudz lielāks nekā darbspējīgo iedzīvotāju vidū. Tomēr jaunajā pensijas formulā ir izveidota cieša saikne starp personīgajām iemaksām sistēmā un pabalstiem, tas varētu aktualizēt jautājumu par pietiekamību, jo sagaidāms, ka līdz 2030. gadam vispārējais aizstājienākumu rādītājs samazināsies, bet atkal paaugstināsies, kad obligātās iemaksas privāto pensiju shēmās dos vēlamos rezultātos. Tas varētu ietekmēt personas ar mazākiem ienākumiem un cilvēkus, kuriem ir bijuši pārtraukumi karjerā, jo īpaši sievietes.

5. Veselības un ilgtermiņa aprūpe

5.1. Veselības aprūpe

Sistēmas apraksts. Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (VOAVA) aptver visus iedzīvotājus. VOAVA, izmantojot reģionālās slimokases (5), uz līgumu pamata pērk aprūpes pakalpojumus attiecīgajiem iedzīvotājiem. Primāro un sekundāro pakalpojumu klāstu, kas iekļauts noteikumos, ik gadu nosaka pamataprūpes programmā. Galvenā nozīme ir primārajai veselības aprūpei (PVA), ko sniedz atsevišķas vai apvienotas ģimenes ārstu (ĢĀ) prakses un medmāsas. ĢĀ ir neatkarīgi darbuzņēmēji, kas tālāk nosūta pacientus pie ārstiem speciālistiem vai uz slimnīcām. Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas, kas nav iekļautas pamataprūpes programmā, pacientam jāsedz pašam. PVA sistēmas īstenošanas vidusposma periodā pacienta pirmo reģistrāciju var veikt dažādās ambulatorās iestādēs. Ārstu speciālistu un slimnīcu pakalpojumi lielākoties ir publiski (dažreiz valsts, bet lielākoties pašvaldību). Zobārstniecības un aptiekas ir privatizētas. ĢĀ samaksas pamatā ir dažādas kapitācijas naudas, bet slimnīcu ārsti saņem noteiktu algu plus samaksu pēc punktu sistēmas. VOAVA pārvalda veselības aprūpes budžetu, kura pamatā ir nodokļu iemaksas, piešķirot to reģionālajiem VOAVA birojiem, kuri savukārt piešķir līdzekļus primārajai, sekundārajai un terciārajai aprūpei un neatliekamajai medicīniskajai palīdzībai. Lai saņemtu veselības aprūpi, pacientiem jāveic pacientu iemaksas, savukārt par daļēji atmaksājamām zālēm tie maksā daļu summas. Liela daļa privāto izdevumu par veselības aprūpi ir skaidras naudas maksājumi no saviem līdzekļiem, tostarp neoficiāli maksājumi. Valsts politikas mērķis ir koncentrēt līdzekļus stacionārajai aprūpei, decentralizēt līdzekļu piešķīrumus ambulatorajai aprūpei, veicināt sadarbību ambulatorās aprūpes jomā un izveidot sekundārās aprūpes sniedzēju tīklu, pamatojoties uz iedzīvotāju vajadzībām.

Pieejamība. Lai gan pārklājums ir universāls, pilnīgi bezmaksas pakalpojumi ir ierobežoti (piemēram, neatliekamā palīdzība), un indivīdiem ir pieejamības grūtības. Pakalpojumu nepieejamība ir liela problēma sistēmās, kas balstītas uz PVA, jo lauku rajonos veselības aprūpes iestādes atrodas attālās vietās. Tādēļ pastāv ievērojamas sociāli ekonomiskas un reģionālas (pilsētās/laukos) pieejamības atšķirības. Vairākas kategorijas (1/3 no visiem iedzīvotājiem) ir atbrīvotas no pacienta iemaksām (invalīdi, garīgi slimi pacienti, bērni, nabadzīgi iedzīvotāji utt.). Arī par neatliekamo palīdzību, kas ir jāpilnveido, pacientiem nav jāveic iemaksas. Lai risinātu jautājumu par pacienta lielajām izmaksām, kas ir šķērslis veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai, iestādes ir ieviesušas pacienta iemaksu „griestus", kurus sasniedzot, iegūst atbrīvojumu no papildu izmaksām. Zāļu atmaksas procedūras ir mainījušās, bet līdzekļu piešķīrumi atmaksai ir nelieli. Nelielais ĢĀ skaits PVA sistēmā, to koncentrācija pilsētu centros un nelielais medmāsu īpatsvars salīdzinājumā ar ārstu skaitu traucē izveidot stipras PVA medicīnas darbinieku komandas, tādēļ uz stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem ir ilgi gaidīšanas laiki un tie nav viegli pieejami (tas saistīts ar nepietiekami specializētām iestādēm, nosūtīšanas procedūrām, ĢĀ noslogojumu un apmaksas metodi). Iestādes atzīst, ka ārstu mazais skaits un mazais veselības aprūpei piešķirto publisko līdzekļu apjoms ir šķērslis universālai iedzīvotāju pieejamībai.

Kvalitāte. Veselības aprūpes kvalitātes kontroles inspekcija un Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija ir īpašas uzraudzības institūcijas, kas atbild par kvalitātes kontroli. Lai nodrošinātu kvalitāti, medicīnas personālam ik pēc pieciem gadiem ir jāveic atkārtota sertifikācija. Pacienti var izvēlēties ĢĀ un to mainīt divreiz gadā. Tie var izvēlēties jebkuru slimnīcu, kurai ir noslēgts līgums ar VOAVA. Pacienta tiesības ir konsolidētas un ar katru gadu pieaug pacienta tiesību apzināšanās (palielinājies sūdzību un iesniegumu skaits). Iestādes norāda, ka pastāvīgas problēmas sagādā novecojusi tehnika, iestāžu sertifikācijas grūtības un nesertificētu iestāžu slēgšana, nepietiekamas personāla mācības/nepietiekama kvalifikācija un sadarbības trūkums starp PVA, speciālās un slimnīcu medicīnas aprūpes sniedzējiem. Preventīvo veselības aprūpi sekmē, iesaistot NVO, plašāk izmantojot IKT, bezmaksas informāciju pa tālruni un iedzīvotāju izglītošanu par veselīgu dzīvesveidu.

Ilgtermiņa ilgtspējība. Kopējie veselības aprūpes izdevumi (2004. gadā — 6,4% no IKP un 751$ uz iedzīvotāju pēc pirktspējas standartiem) ir zem ES vidējā[57]. 2004. gadā publiskie veselības aprūpes izdevumi bija 51,6% un privātie veselības aprūpes izdevumi bija 48,4% no visiem veselības aprūpes izdevumiem. 2004. gadā 45,9 % no visiem veselības aprūpes maksājumiem tika veikti skaidrā naudā no privātiem līdzekļiem. Saskaņā ar 2006. gada *EPC/EC* prognozēm iedzīvotāju novecošanās dēļ līdz 2050. gadam plānots publisko veselības aprūpes izdevumu pieaugums par 1,1 procenta punktu no IKP. Šie skaitļi vieš jo īpašas bažas, ņemot vērā iedzīvotāju veselības stāvokli un infrastruktūras līdzekļu nepietiekamību. Iestādes atzīst, ka nepieciešams palielināt publiskos izdevumus efektīvas profilakses finansējumam, jāsamazina aprūpes finanšu slogs, jāpalielina slimnīcu krājumi un jāveic atmaksa slimokasēm. Šai sistēmai ir mazāks finansējums nekā kaimiņu dalībvalstīs. Lai panāktu rentabilitāti, ir palielināta slimnīcu aprūpes sistēmas neatkarība, ir plānots efektīvāk izmantot slimnīcu līdzekļus (slimnīcu konglomerāti, labāka koordinēšana un koncentrēšana) un būvēt jaunus PVA centrus. Akūto slimnīcu gultu[58] skaits samazinās, un vairākas slimnīcas ir pārvērstas par ilgtermiņa aprūpes (ITA) iestādēm. Personāla un slimnīcu maksājumi (ĢĀ kā nosūtītājs un pacienta pirmā kontaktpersona) ir mainījušies, lai radītu stimulus PVA sniegšanai un samazinātu nevajadzīgo ārstu speciālistu un slimnīcu aprūpi. Iestādēm bažas rada iespējamais

---

57 ES vidējie kopējie veselības aprūpes izdevumi 2004. gadā pēc pirktspējas standartiem bija 8,8% no IKP un 2376,33 $ uz iedzīvotāju.

58 Lai gan joprojām ir virs ES vidējā rādītāja (2003. gadā — 555,7).

personāla trūkums, kura iemesls ir zemas algas, grūti darba apstākļi un vairākuma praktizējošo ārstu pensionēšanās. Pieņemtās stratēģijas mērķis ir palielināt algas un sniegt profesionālas garantijas, izstrādājot veselības aprūpes izglītības programmas.

5.2. Ilgtermiņa aprūpe

Sistēmas apraksts. Ilgtermiņa aprūpi sniedz, pamatojoties uz individuālo vajadzību un iespēju novērtējumu, ko veic pašvaldību sociālie darbinieki. Novērtējumā pirmkārt nosaka to, vai ir iespējama aprūpe dzīvesvietas tuvumā vai mājas aprūpe, un ja tā nav iespējama, nosūta attiecīgo personu uz ITA iestādēm. ITA finansē no valsts un pašvaldības budžeta. Pacientiem ir jāmaksā par ITA, ja vien tie nepieder grupām, uz kurām attiecas atbrīvojumi. Pašvaldībām ir jāsniedz bezmaksas ITA personām bez iztikas līdzekļiem. Valsts politikas mērķis ir izveidot aprūpes sistēmu, kas ir pielāgota atsevišķa pacienta vajadzībām un ir ekonomiski pamatota, iekļaujot institucionālās aprūpes alternatīvos variantus.

Pieejamība. Iestādes uzsver, ka ir jāsniedz alternatīvas institucionālajai aprūpei. Pašvaldību pienākums ir sniegt atbilstošus aprūpes pakalpojumus veciem ļaudīm un invalīdiem. ITA iestāžu pieejamība un attiecīgi arī piekļuve tām ir atkarīga no pašvaldību finansēm, kuru stāvokli pasliktina reģionālās (lauku/pilsētu) atšķirības. Sevišķas bažas rada ilgie gaidīšanas laiki, lai iekļūtu iestādēs. Ilgie gaidīšanas laiki, lai iekļūtu iestādēs, rodas tādēļ, ka dažām grupām (garīgi slimi pacienti) trūkst ITA alternatīvu un pašvaldībām trūkst līdzekļu. Lai gan mājas aprūpe vai aprūpe dzīvesvietas tuvumā ir vēlama, koordinācijas trūkuma dēļ starp pašvaldības un valsts budžetu, šādu institucionālās aprūpes alternatīvu gan sniedz arvien vairāk, bet sliktā kvalitātē. Dienas aprūpes centri pirmos četrus gadus saņem valsts budžeta līdzfinansējumu, pēc tam tie nonāk pašvaldību pārziņā. Iestādes vēlas izveidot aprūpes dzīvokļus un „grupu mājas"[59], bet nepiešķir tam nepieciešamo finansējumu.

Kvalitāte. Ir izstrādātas kvalitātes prasības un uzraudzības sistēma. Reģionu mērogā ir izveidots sociālā darba koordinatora amats. Veicina sadarbību ar ITA centriem un ārstiem, lai nodrošinātu aprūpes nepārtrauktību un izstrādātu aprūpes programmas. ITA pakalpojumu kvalitāti grauj trūkstošais pašvaldību finansējums, personāla zemās algas un sliktie apstākļi aprūpes iestādēs.

Ilgtermiņa ilgtspējība. Saskaņā ar 2006. gada *EPC/EC* prognozēm iedzīvotāju novecošanās dēļ līdz 2050. gadam plānots publisko ilgtermiņa aprūpes izdevumu pieaugums par 0,3 procenta punktiem no IKP. Lai sniegtu piemērotu aprūpi un panāktu rentabilitāti, stratēģija paredz ierobežot pārmērīgi dārgās institucionālās aprūpes izmantošanu un veicināt alternatīvās aprūpes izmantošanu. Iestādes atzīst, ka nepieciešams risināt decentralizācijas negatīvo seku problēmu, piemēram, pašvaldību patvaļu, nosakot sociālo pabalstu kritērijus, un to tendenci izvietot pacientus valsts aprūpes iestādēs, lai samazinātu vietējās izmaksas. Tam nepieciešama vertikālu un horizontālu kontroles mehānismu radīšana un stingrāka koordinācija. Administratīvo reformu īstenošanas kavējumi iedragā sistēmas ilgtermiņa ilgtspējību.

---

59 Atsevišķi dzīvokļi personām ar garīgiem traucējumiem un personām, kam vajadzīga īpaša palīdzība. No 2007. gada 1. janvāra valsts pieprasa veikt apmaksu 50% apmērā.

6. Turpmākie uzdevumi

- Izstrādāt saskanīgu stratēģisku metodi, lai veicinātu sociālo iekļautību un pārrautu nabadzības loku, jo īpaši attiecībā uz ģimenēm, tostarp izvirzīt skaitliskus mērķus, ņemot vērā reģionu un dzimumu aspektus.

- Veicināt mērķtiecīgus aktīvās iekļautības pasākumus visām neaizsargātajām grupām, novēršot inflācijas atgriezeniskos efektus mazo un vidējo ienākumu grupām un pilnveidojot saistītos pakalpojumus un nodarbinātības iespējas.

- Nodrošināt pietiekamu resursu pieejamību atbilstošas pensijas saņemšanai, kamēr izveidotās shēmas vēl nav attīstījušās, un uzraudzīt šo atbilstību nākotnē.

- Uzlabot veselības pakalpojumu vispārējo pārklājumu, aprūpes ģeogrāfisko pieejamību un samazināt indivīda finanšu slogu, risināt cilvēkresursu jautājumus, turpināt institucionālās ITA pakalpojumu alternatīvo variantu izmantošanu un palielināt šai nozarei piešķirto līdzekļu apjomu.

- Pabeigt primārās veselības aprūpes reformu, samazināt slimnīcu aprūpes atkarību un uzlabot aprūpes koordināciju, lai iegūtu labi darbojošos nosūtījumu procedūru sistēmu, kuras pamatā ir primārā veselības aprūpe un preventīvā aprūpe.

- Noskaidrot valsts un pašvaldību pienākumus un atbildību attiecībā uz finansējumu un veselības aprūpes un ITA organizēšanu, lai uzlabotu aprūpes kvalitāti un vienveidību un izbeigtu patvaļu un neatbilstības, jo īpaši ITA.

LATVIA: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	6.9	35.3
2002	6.5	38.7
2004	8.6	43.6
2006	11.0f	52.3f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	57.5	61.5	53.8	29.6	36,0
2002	60.4	64.3	56.8	31,0	41.7
2004	62.3	66.4	58.5	30.5	47.9
2005	63.3	67.6	59.3	32.6	49.5

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	13.7	14.4	12.9	21.4
2002	12.2	13.3	11,0	22,0
2004	10.4	10.6	10.2	18.1
2005	8.9	9.1	8.7	13.6

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	60,3	73.1	11,7	15,8	n/a	n/a	18.8
2000	65.0	76.0	11,9	17,6	n/a	n/a	10.4
2004	67,1	77,2	12.6sp	17.2sp	n/a	n/a	9.4

WHO	Total health exp %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop	Pop. covered by PHI** % of pop
1995	4.2	95	-	:	:
2000	6	55	45	:	:
2004	6.4	51.6	45.9	:	:

s: Eurostat estimate; p: provisional

*THE: Total Health Expenditures

**PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2000	15.3	57.1	16.7	3.8	10.2	1.4	10.7
2004	12.6	50	24.5	3.4	10.5	1.8	9.8

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since: Total social expend.	Public pensions	Health care	Long term care
2005	24.1	:	:	:	:
2010	25.2	(-) 2.9	:	:	:
2030	33.4	(-)1.5	(-)1.2	0.8	0.1
2050	44.1	(-)1.3	(-)1.2	1.1	0.3

LATVIA: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	19b	22b	19b	18b	21b	27b	31b	26b	33b	11b	**Total**	6.7b
Male	18b	-	17b	18b	12b	33b	-	33b	36b	13b	**Male**	-
Female	20b	-	20b	18b	26b	23b	-	22b	30b	10b	**Female**	-

	People living in jobless households					Long-term unemployment rate				Early school-leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	male	female		Total	male	female		Total	male	female
1999	12.0b	14.9b	13.4b	16.4b	**1999**	7.6	7.6	7.6	**1999**	na	na	na
2004	7.2	7.8	7.1	8.4	**2004**	4.6	4.8	4.3	**2004**	15.6	20.5	10.7
2006	7.1	6.8	7.5	6.2	**2005**	4.1	4.4	3.7	**2005**	11.9	15.5	8.2

**: excluding students; b: break in series*

SILC income 2004	Total	male	female	SILC income 2004	Total	male	female
Relative income of 65+	0,746b	0,777b	0,735b	***Aggregate replacement ratio***	0,61b	0,52b	0,7b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Pension (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Current estimate(2002)	Assumption
(-)6	(-)6	(-)6	NDC, DC			100		20		

**(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

LIETUVA

1. Padėtis ir pagrindinės tendencijos

BVP augimas Lietuvoje išlieka vienas didžiausių ES (2006 m. – 7,8 %). Matuojant perkamosios galios standartu (PGS) BVP vienam gyventojui taip pat sparčiai išaugo, tačiau vis dar tesudaro apie pusę ES vidurkio (2006 m. – 55 %). Spartų BVP augimą daugiausiai sąlygoja didėjantis eksportas, produktyvumas ir vidaus vartojimas skirtingais periodais. Užimtumas didėja ne taip sparčiai. Užimtumo lygis 2005 m. sudarė 62,6 % (vyrai – 66,1 %; moterys – 59,4 %). Staigus nedarbo sumažėjimas (nuo 16,4 % 2000 m. iki 8,3 % 2005 m.) yra tik iš dalies susijęs su užimtumo didėjimu – tai daugiausiai priklauso nuo darbo jėgos išvykimo iš Lietuvos (2005 m. apskaičiuotas neigiamas migracijos saldo (-2,6) buvo didžiausias ES). Vis dėlto, Lietuvoje yra pakankamai aukštas pagyvenusių darbuotojų užimtumo lygis (49,2 % ir beveik atitinka ES tikslą). Ilgalaikio nedarbo (4,3 %) ir jaunimo nedarbo (15,7 %) lygis nukrito, tačiau vis dar yra pakankamai aukštas. Skurdo rizikos lygis[60] po socialinių pervedimų buvo pakankamai aukštas 2004 m. (21 %).

Tikėtina vyrų gyvenimo trukmė maža (66,3 metai; moterų – 77,7 metai 2004 m.). Dėl didelės emigracijos, senėjimo ir mažo gimstamumo (2005 m. – 1,27), numatoma, kad senyvo amžiaus asmenų priklausomybės nuo darbingų asmenų santykis (22,5 – 2005 m.) iki 2050 m. padvigubės (44,9). Bendros socialinės apsaugos išlaidos, išreiškus BVP procentine dalimi (13,3 % BVP 2004 m.), buvo tarp mažiausių ES ir vis dar mažėja (nors absoliučiais skaičiais bendras kiekis didėja). Pensijos (47,3 %) ir sveikatos priežiūros išlaidos (29,5 %) sudaro didžiausią socialinių išlaidų dalį.

2. Bendras strateginis požiūris

Bendras strateginis socialinės apsaugos ir socialinės aprėpties požiūris – skatinti socialinę integraciją įdarbinant visus darbingus asmenis ir užtikrinant veiksmingą bei tinkamą socialinę apsaugą tiems, kurie dirbti nepajėgūs. Nacionalinio pranešimo apie Lietuvos socialinės apsaugos ir socialinės aprėpties strategijas įvardijamos penkios pagrindinės problemos: 1) didinti pažeidžiamų gyventojų grupių dalyvavimą; 2) tikslingiau ir teisingiau naudoti socialinės apsaugos sistemos lėšas; 3) užtikrinti vaikų ir jaunimo teises; 4) sudaryti daugiau socialinės integracijos galimybių pažeidžiamų gyventojų grupėms; ir 5) visose srityse skatinti lyčių lygybę. Lietuva įgyvendino visus tris pagrindinius atviro koordinavimo metodo (AKM) tikslus.

Socialinės sanglaudos srityje Lietuva siekia sukurti tinkamas, prieinamas ir veiksmingas socialinės apsaugos sistemas ir socialines paslaugas. Kita nacionalinės strategijos pranešimo (NSP) tema, kuriai skiriamas ypatingas dėmesys, yra šeima, vaikai ir jaunimas. Taip pat yra lyčių lygybės skatinimo elementų. Patobulintame nacionalinės strategijos pranešime daugiau dėmesio pradėta skirti prioritetams, tačiau trūksta analitinio įvairių iniciatyvų ir daugialypės

---

60 2005 m. atlikus ES-SPGS, visų su pajamomis ir gyvenimo sąlygomis susijusių rodiklių vertės (skurdo rizikos lygis, S80/S20, bendras pakeitimo santykis ir pan.) negali būti lyginamos su ankstesnių metų įvertinimu, todėl pastebimi dideli metų skirtumai nėra reikšmingi. Pereinant prie naujojo ES suderinto ir palyginamo šaltinio SPGS (žr. metodologinę pastabą), tie įvertinimai buvo grindžiami nacionaliniu namų ūkio biudžeto tyrimu, kuris nevisiškai atitiko išsamiais duomenimis apie pajamas grindžiamą SPGS metodologiją. Patys svarbiausi skurdo rodikliams darantys įtaką veiksniai tarp HBS 2004 ir ES-SPGS 2005 yra pajamų nukrypimai nuo ne pinigais mokamo darbo iki socialinių išmokų natūra.

strategijos pagrindo, daugelio tikslų neįmanoma matuoti, be to, labai mažai pasirengimo stebėsenai ir nėra visiškai jokio pasirengimo vertinimui.

Nacionalinės strategijos pranešimas siejasi su Lisabonos tikslais. Dėmesys užimtumui ir socialiai pažeidžiamų gyventojų grupių skatinimas, skelbiami ketinimai didinti vidutinį paliekančiųjų darbo rinką amžių bei gerinti socialines, sveikatos ir ilgalaikės globos paslaugas turėtų prisidėti prie vieno iš pagrindinių Lietuvoje įgyvendinamų Lisabonos uždavinių – didinti darbo jėgos pasiūlą. Lygiai taip pat, kaip neatskiriama Lietuvos nacionalinės reformos programos dalis pristatoma socialinės aprėpties politika. Tačiau tokios abipusės sąveikos veiksmingumas galėtų būti toliau didinamas stiprinant socialiai pažeidžiamų gyventojų grupių užimtumo patrauklumą.

Siekiama skatinti gerą valdymą. Nacionalinės strategijos pranešimui parengti buvo suburta partnerystės principu grindžiama grupė ir planuojama, kad panaši grupė stebės, kaip strategija yra įgyvendinama. Tokioms grupėms praverstų administracinių ir atstovavimo gebėjimų stiprinimas bei didesnis skaidrumas. Pripažįstama socialinės politikos skatinimo visose srityse svarba, tačiau vis dar reikia kurti konkrečias priemones.

3. Socialinė aprėptis

3.1. Pagrindinės tendencijos

Santykinis skurdas atlikus socialinius pervedimus buvo pakankamai aukštas 2004 m. (21 % ir 16 % ES), o ribinė vertė buvo mažiausia ES[61]. Skurdo rizikos lygis iki socialinių pervedimų sudarė ES vidurkį (26 %). Tai rodo mažesnį socialinių išmokų veiksmingumą. Nors bendrai vertinant gyventojai turtingesni, turtinės pajamos yra pasiskirsčiusios nevienodai, o pajamų skirtumai buvo kur kas aukštesni nei ES vidurkis (6,9 ir 4,9 ES). Nacionalinėje statistikoje matosi didėjantys skirtumai tarp kaimo ir miesto.

Skurdo rizikos lygis yra kur kas aukštesnis tam tikrose gyventojų grupėse, pavyzdžiui, bedarbių (63 %), vienišų tėvų, išlaikančių vaikus (48 %), šeimų, auginančių tris arba daugiau vaikų (44 %), vienišų suaugusiųjų asmenų namų ūkiai (32 %, didesnis vyrų) ir nuomininkų (33 %). Dirbančiųjų skurdo rizika buvo taip pat pakankamai aukšta 2004 m. (10 % ir 8 % ES). Skurstantys dirbantieji sudarė 28 % visos skurdo rizikos gyventojų grupės dalį. Vienas trečdalis Lietuvos gyventojų gyvena kaime. Nacionalinė statistika rodo, kad 2005 m. kaimo gyventojams skurdo rizika buvo tris kartus didesnė nei penkių didžiausių miestų gyventojams. Be to, jie yra labai priklausomi nuo socialinių išmokų (29 % visų disponuojamų pajamų 2005 m.).

Vaikų skurdo rizikos lygis yra aukštesnis nei vidutinis šalies rodiklis: 27 % po ir 34 % iki socialinių pervedimų (ES atitinkamai 19 % ir 34 %). 2004 m. 66 % (ES – 57 %) nedirbančiųjų namų ūkių turėjo išlaikomų vaikų. *NSP rodo, kad didžiausia skurdo rizika gresia 3–5 metų vaikams. Anksti paliekančiųjų mokyklą skaičius* buvo palyginti mažas 9,2 % (ES – 15,2 %) 2005 m. (6,2 % merginų ir 12,2 % vaikinų). Išsilavinimo lygis buvo gana aukštas (2005 m. 85,2 % 22 m. amžiaus jaunuolių turėjo bent aukštesnįjį vidurinį išsilavinimą).

3.2 Pagrindinės problemos ir prioritetai

[61] 2004 m. 1235 EUR

Nacionalinės strategijos pranešime socialinės aprėpties klausimams spręsti dėmesys skiriamas keturiems veiklos prioritetams: didinti dalyvavimą darbo rinkoje; gerinti galimybes naudotis kokybiškomis paslaugomis; išgyvendinti vaikų skurdą ir stiprinti pagalbą šeimoms bei spręsti švietimo ir mokymo problemas. Pasirinktų prioritetų svarba neabejojama, todėl juos nustačius strategija yra tikslingesnė. Tačiau, kodėl buvo pasirinkti kiti trys prioritetai, analitiškai nepagrindžiama. Tai gali būti susiję su platesniu pasirinktų prioritetų pobūdžiu ir jų daliniu sutapimu su nuošalyje esančiais prioritetais (pvz., būstai). Nesprendžiamas gana mažos, bet socialiai nuskriaustos romų bendruomenės integravimo klausimas.

2006 m. jungtiniame pranešime Lietuvai buvo iškelti du tikslai. Nacionalinės strategijos pranešime pripažįstama, kad būtina plėtoti ir įgyvendinti išsamią regioninę politiką siekiant panaikinti regioninius skirtumus ir kaimo skurdą, tačiau politinis atsakas tebėra fragmentiškas ir jame trūksta prioritetų nustatymo, aiškių tikslų ir įgyvendinimo, stebėjimo bei vertinimo gairių. Nacionalinėje statistikoje matosi didėjantys skirtumai tarp kaimo ir miesto. Nepakankamai pažangos padaryta įgyvendinant antrąjį, geresnio valdymo, tikslą, kuris nagrinėjamas 3.4 dalyje.

3.3. Politikos priemonės

NSP nurodyta keletas priemonių, suskirstytų pagal keturis pasirinktus prioritetus, kuriomis, jei jos yra deramai įgyvendinamos, galima gerokai sumažinti skurdą ir socialinę atskirtį. Tačiau sunku spręsti apie jų tinkamumą, nes įvairioms priemonėms ir tam tikrų socialiai pažeidžiamų grupių socialinei padėčiai aprašyti pateikta nepakankamai analitinio pagrindimo ir trūksta ankstesnės politikos poveikio vertinimo (kuris, tikimasi, bus atliktas vėliau). Dauguma priemonių yra susijusios su tiksline grupe arba konkrečia veikla, todėl daugialypis požiūris yra fragmentiškas. Daugumos priemonių apimtis nėra apibrėžta ir yra labai nedaug matuojamų tikslų. Todėl yra pavojus, kad vertinimas gali būti ribotas, o valdymas – fragmentiškas. Priemonės iš esmės bus finansuojamos iš nacionalinio biudžeto ir struktūrinių fondų (ESF, ERPF ir EŽŪOGF). Nepateiktas priemonėms skirtų lėšų sąrašas.

Pirmojo prioriteto *didinti dalyvavimą darbo rinkoje* priemonės skirtos dviems svarbiems uždaviniams pasiekti: skatinti socialinę integraciją per kokybišką užimtumą ir aktyviau įtraukiant socialiai remtinas grupes bei didinti darbo pasiūlą, atsižvelgiant į vis mažėjančią darbo jėgą. Nors siūloma daugiau įvairių aktyvesnio dalyvavimo priemonių ir įtraukiama daugiau tikslinių grupių, nepakankamas dėmesys skiriamas priemonių veiksmingumui ir kokybės valdymui. Verslui skirtomis priemonėmis siekiama skatinti savarankišką jaunimo, neįgaliųjų arba darbo neturinčių asmenų įsidarbinimą, o šiuo metu kuriama mikrokredito sistema gali daug prie to prisidėti, jei bus skiriama pakankamai lėšų. Labiausiai pažeidžiamoms grupėms numatytas subsidijuoto užimtumo skatinimas. Specialią paramą kaimo gyventojams, kurie susiduria su didesne skurdo rizika, iš esmės sudaro tik EŽŪOGF priemonės, kurioms priklauso įvairios subsidijos ūkininkams ir parama kaimo ekonomikos įvairinimui. Pirmojo prioriteto priemonėse turėtų būti geriau atsižvelgiama į gana aukštą dirbančiųjų skurdo lygį, kuris aktualiausias socialiai remtinoms grupėms, ir didelę skurstančių dirbančiųjų dalį sprendžiant pagal bendrą skurdo rizikoje esančių gyventojų skaičių. Toliau reikėtų spręsti užimtumo patrauklumo, paramos pradedantiems dirbti, taip pat darbą turintiems ir karjerą darantiems asmenims klausimus. Kalbant apie tokių priemonių finansavimą, ESF bus svarbus finansinis instrumentas aktyvioje darbo rinkos politikoje (ADRP).

Antrajam prioritetui *gerinti galimybes naudotis kokybiškomis paslaugomis* priklauso priemonės, kuriomis sprendžiamos socialinių, teisinių ir kultūrinių paslaugų klausimai.

Pagrindinis dėmesys skiriamas socialinėms paslaugoms. Tą įrodo nuo 2006 m. liepos mėn. galiojantis naujasis socialinių paslaugų įstatymas. Socialinių paslaugų kokybė turėtų būti gerinama nustatant standartus visiems teikėjams ir kuriant kokybės kontrolės mechanizmus. Kalbant apie paslaugų teikimą, neįgaliesiems skiriamas ypatingas dėmesys. Galimybės naudotis teikiamomis socialinėmis paslaugomis regionuose ir jų įvairumas turėtų padidėti sukūrus ir įgyvendinus 2007–2009 m. socialinės infrastruktūros vystymo programą. Pažangios socialinės paslaugos gali būti naudingos pirmajam prioritetui (didinti dalyvavimą darbo rinkoje) įgyvendinant šeimos ir profesinio gyvenimo derinimo priemones ir suteikti geresnes socialinės integracijos galimybes negalintiems dirbti. Toks ryšys yra akivaizdus, bet nepakankamai išplėtotas. Kai kurių socialinių paslaugų teikimas turi būti remiamas iš ESF.

Trečiojo prioriteto *išgyvendinti vaikų skurdą ir stiprinti pagalbą šeimoms* priemonės daugiausiai skiriamos vaikų skurdo ir socialinės atskirties prevencijai bei remti vaikus auginančias šeimas, kad būtų nutrauktas iš kartos į kartą perduodamas skurdas. Daugeliu atvejų tai vis dar lieka teoriniame lygmenyje. Jei būtų tinkamai įgyvendinama ir visiems prieinama nacionalinė programa, skirta kompleksinei pagalbai tėvams iki ir po vaiko gimimo ir kol vaikas pradės lankyti mokyklą (turi būti parengta iki 2007 m.), ji gali turėti daug reikšmės ikimokyklinio amžiaus vaikų gerovei, sveikatai ir švietimui. Kuriama decentralizacijos ir neinstitucinės vaikų globos strategija. Planuojama vaikų ir jaunimo dienos priežiūros centrų plėtra ir specialus socialiai remtino jaunimo parengtų projektų finansavimas gali suteikti jiems daugiau galių. Reikėtų toliau tikslinti pusiausvyrą tarp planuojamų piniginių išmokų ir išmokų natūra šeimoms, kad nebūtų skatinama vengti darbo. Taip pat skelbiami svarbūs būstų planai.

Ketvirtojo prioriteto priemonėmis turėtų būti *sprendžiamos švietimo ir mokymo problemos*. Dauguma šio prioriteto priemonių yra integracinio pobūdžio, pavyzdžiui, profesinio mokymo ir mokymosi visą gyvenimą sistemų kūrimas. Specialios priemonės taip pat kuriamos vaikams, augantiems rizikos grupei priklausančiose šeimose. Ikimokyklinio amžiaus vaikams turėtų būti naudingos trečiajame prioritete minėtos tėvų iki ir po vaiko gimimo ir kol vaikas pradės lankyti mokyklą paramos programos švietimo priemonės. Planuojama kurti specialią programą mokyklos nelankymo prevencijai. Studentams turėtų būti naudingas planuojamas įstatymo, reglamentuojančio studijų finansavimą, persvarstymas. Taip pat pateikiamas svarbus pilietinės visuomenės vystymo priemonių rinkinys.

3.4. Valdymas

Socialinės apsaugos ir darbo ministerija atsako už NSP plėtojimą ir įgyvendinimą. Ministerijai pranešimą parengti padėjo specialiai sukurta jungtinė grupė, kurią sudarė vyriausybinių institucijų, socialinių partnerių, NVO ir savivaldybių asociacijos atstovai. Taip pat planuojama sukurti didelę partneryste grindžiamą NSP stebėjimo grupę, kuri perimtų dabartinės NSP stebėjimo grupės uždavinius 2006–2008 metams. Nors partnerystės stiprinimas yra labai teigiamas reiškinys, neapibrėžiami suinteresuotųjų šalių atrankos į grupes kriterijai ir jų vaidmuo, o grupių veikla nepakankamai matoma. Tai kenkia grupės atstovavimui. Būtų pravartu, jei aktyviau dalyvautų aukščiausio lygio vyriausybės pareigūnai (siekiant užtikrinti politinius įsipareigojimus), socialiniai partneriai (ypač kalbant apie dalyvavimo darbo rinkoje didinimo priemones) ir savivaldybės (kurios atlieka pagrindines funkcijas sprendžiant regioninių skirtumų klausimus).

Nacionaliniame strategijos pranešime tvirtai ketinama toliau tobulinti dabartinę socialinės paramos informacijos sistemą ir socialinio sektoriaus e. paslaugas. Tačiau neplanuojama jokių konkrečių strategijos įgyvendinimo stebėjimo ir vertinimo priemonių pajėgumams stiprinti

arba socialinės aprėpties politikos matomumui didinti, nors šios sritys 2006 m. jungtiniame pranešime buvo išskirtos kaip pagrindinis Lietuvos tikslas. Taip pat svarbu, kad ketinimai skatinti socialinės aprėpties politiką visose srityse pasireikštų konkrečiomis priemonėmis, pavyzdžiui, teisės aktų dėl skurdo poveikio vertinimu ir tinkamo bei veiksmingo finansavimo principų nustatymu.

4. Pensijos

Pensininkų pajamos Lietuvoje panašios į visų gyventojų pajamas (2004 m. sudarė 81 % 0–64 m. amžiaus gyventojų pajamų). Pagyvenusio amžiaus asmenų skurdo rizika (17 % 2004 m.) yra šiek tiek mažesnė nei visų gyventojų, tačiau skirtumas tarp lyčių yra didelis (6 % pagyvenusiems vyrams ir 22 % – moterims).

Kalbant apie valstybės finansų tvarumą, 2006 m. tvarumo ataskaitoje Lietuva buvo vertinama kaip mažos rizikos valstybė narė. Pagal gyventojų senėjimo darbo grupės 2005 m. prognozes 2004–2050 m. laikotarpiu Lietuvoje nežymiai, t. y. 1,9 procentinio punkto, padidės BVP dalis, skiriama valstybės išlaidoms pensijoms (tai yra 3,7 % BVP, atsižvelgiant į įstatymų numatytos sistemos kaupimo principu pagrįstą pakopą). Tikimasi, kad iki 2020 m. valstybinio socialinio draudimo fonde bus pasiektas balansas arba perteklius. Vėliau, kaip prognozuojama, susidarys deficitas, kuris 2030 m. daugiausiai sieks 0,7 % BVP. Tarpžinybinės grupės duomenimis, grynojo pakeitimo norma nežymiai mažėja nuo 55 % 2005 m. iki 51 % 2050 m. (prognozuojama, kad bendrojo pakeitimo norma nežymiai didės nuo 40 % 2005 m. iki 42 % 2050 m.).

2006 m. jungtiniame pranešime įvardyti tikslai privertė susimąstyti apie užimtumo didinimą ir atitikimo užtikrinimą, nes pensinės pajamos, ypač šalpos pensijos, yra mažos palyginti su kitomis valstybėmis narėmis. Paskutiniu metu padidintos šalpos pensijos gali šiek tiek padėti spręsti pastarąjį klausimą. Tačiau atitikimas ateityje turėtų būti įdėmiai stebimas.

Nuo 2004 m. reformos valstybės reguliuojama ir privaloma einamojo finansavimo pensijų sistema yra derinama su privačiai valdoma pensijų kaupimo sistema. Šiai sistemai priklauso mokamas darbas (nors didelei gyventojų daliai ji netaikoma), o tie, kurie negali gauti socialinio draudimo pensijos, įskaitant ūkininkus ir kai kurias savarankiškai dirbančių asmenų kategorijas, minimalias pensines pajamas gauna šalpos pensijomis. Jau yra priimti įstatymai dėl savanoriškų papildomų pensijų teikimo, taip pat neseniai įvestos mokesčių lengvatos. Nors ir tikimasi, kad valstybės pensijų sistemos pereinamosios išlaidos iki 2020 m. neturėtų kelti jokių problemų, reikės atidžiai stebėti jos finansinį tvarumą. Tačiau vėliau dėl senstančių gyventojų socialinio draudimo pensijų sistemoje gali susidaryti deficitas. Vėlesnės priemonės užimtumo lygiui didinti ir pensiniam amžiui ilginti (tarp jų – įstatymu numatyto moterų ir vyrų pensinio amžiaus suvienodinimas) ateityje padėtų padaryti pensijas adekvačias ir tvarias. Taigi, nors ankstyvo išėjimo į pensiją priemonės buvo nutrauktos 1995 m., atrodo, kad 2004 m. įvesta ankstyvo išėjimo į pensiją sistema ilgalaikiams bedarbiams prieštarauja bendroms tendencijoms.

5. Sveikata ir ilgalaikė globa

5.1. Sveikatos apsauga

Sistemos aprašas: Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) įstaigos teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas trimis lygiais (savivaldybės, apskrities ir valstybės). Paslaugų teikimas yra decentralizuotas ir daugiausiai valstybinis. Visiškai arba iš dalies nemokama

priežiūra teikiama privalomai apsidraudusiems gyventojams pagal privalomąją sveikatos draudimo sistemą, kuriai priklauso visi įmokas mokantys gyventojai ir tam tikros grupės (vaikai). Iš viso sistemai priklauso 99 % gyventojų. Pirminę sveikatos priežiūrą teikia įvairus medicinos personalas sveikatos centruose, bendrosios praktikos gydytojų kabinetuose, bendruomenės punktuose, ambulatorijose ir poliklinikose. Bendrosios praktikos gydytojai sprendžia dėl specialaus gydymo arba guldymo į ligoninę (jei nėra siuntimo, už apsilankymą mokamas papildomas mokestis), tačiau daug specialistų konsultacijų vyksta be siuntimo. Specializuota ambulatorinė pagalba teikiama poliklinikose ir ligoninių ambulatoriniuose skyriuose. Stacionarinė priežiūra vykdoma bendrosiose ir specializuotose ligoninėse. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai dirba pagal sutartį su įstatymų numatytais sveikatos draudimo fondais. Privačios specializuotos ambulatorinės priežiūros paslaugų, kurias daugiausiai teikia valstybinių ligoninių specialistai, skaičius auga. Bendrosios praktikos gydytojai gauna atlyginimą, nors įvedamas ir papildomas už prevencinę priežiūrą ir specialisto paslaugas mokamas mokestis. Nors pirminė sveikatos priežiūra finansuojama iš kiekvieno gyventojo mokamų įmokų skaičiuojant pagal bendrosios praktikos gydytojų išduodamų siuntimų skaičių, antrinė priežiūra, stacionarinės ir kitos paslaugos finansuojamos iš kiekvieno gyventojo mokamų įmokų atsižvelgiant į gyventojų skaičių ir kaimo arba miesto modelį. LNSS finansuojama iš privalomųjų draudimo įmokų, apmokestinimo pajamų (iš valstybės biudžeto ir savivaldybių) ir tiesioginių pacientų atsiskaitymų grynaisiais su paslaugų teikėjais. Įstatymų numatyti sveikatos draudimo fondai tvarkomi per valstybinę ligonių kasą (VLK) ir jos regioninius padalinius: teritorines ligonių kasas (TLK). TLK sudaro sutartis su priežiūros institucijomis dėl paslaugų teikimo ir kompensuoja apdraustųjų išlaidas (medicininės ir papildomos išlaidos). Lėšos TLK skiriamos atsižvelgiant į apskrities gyventojų dalį ir naudojimąsi paslaugomis. Bendro finansavimo principas taikomas įvairioms paslaugoms (apsilankymams, gydymui ligoninėje, vaistams, dantų priežiūros paslaugoms). Įprasti neoficialūs atsiskaitymai. Valstybinės valdžios institucijos siekia, kad sveikatos priežiūros paslaugomis galėtų būti naudojamasi lengviau, ypač kaimo vietovėse.

Galimybė naudotis paslaugomis: Skubioji pagalba pagal įstatymus yra nemokama visiems gyventojams. Nors paslaugos ir gyventojų, kuriems jos teikiamos, skaičius yra didelis, skiriasi regionų sveikatos priežiūros paslaugos: sveikatos priežiūros infrastruktūra yra sutelkta pagrindiniuose miestuose, kaime trūksta tam tikros srities specialistų, skiriasi ligoninių pajėgumai. Nors tiesioginių atsiskaitymų grynaisiais lygis didelis (2004 m. sudarė 24,2 % visų sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų), ypač už vaistus, mažėja neoficialių atsiskaitymų lygis. Valdžios institucijos pripažįsta, kad stipresnė pirminė sveikatos priežiūra (įskaitant privačius paslaugų teikėjus) ir geresnis sveikatos priežiūros institucijų koordinavimas gali suteikti pacientams galimybę lengviau naudotis įvairiomis priežiūros paslaugomis. Finansavimo struktūra siekiama vienodinti galimybes naudotis paslaugomis regionuose, skiriant finansavimą pagal gyventojų gydymo poreikius. Nors bendrosios praktikos gydytojų ir pirminės sveikatos priežiūros centrų skaičius labai išaugo, sistemoje vis dar nepakanka išteklių ir ji yra orientuota į aktyvų gydymą ir ligonines. Pareigūnai pripažįsta, kad sektorius kenčia dėl nepakankamų išteklių, taip pat trūksta bendradarbiavimo tarp pirminės priežiūros, ligoninių ir kitų paslaugų. Reformomis siekiama plėtoti privatų paslaugų teikimą (draudimas ir priežiūros institucijos).

Kokybė: Valdžios institucijos įvardijo ribotą kokybę, įskaitant prastas pastatų ir įrangos sąlygas. TLK atlieka kokybės kontrolę. Valdžios institucijos siekia įdiegti šiuolaikines medicinos technologijas ir kelti personalo kvalifikaciją bei didinti atlyginimus. Kuriama palyginamais rodikliais grindžiama informacijos sistema. Pacientai gali laisvai rinktis pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, bendrosios praktikos gydytoją ir ligoninę. Lietuva siekia pagerinti teisinę sistemą, kad būtų gerinama sveikatos sistemos kokybė. Be didelio

masto imunizacijos ir skiepijimo programų, planuojama pradėti taikyti 2005 m. PSO tarptautines sveikatos taisykles ir sustiprinti prevencinę sveikatos priežiūrą.

Ilgalaikis tvarumas: Bendros sveikatos priežiūros išlaidos (6,5 % BVP ir 816 už gyventoją pagal perkamosios galios paritetą (PGP) $ 2004 m.) yra mažesnis nei ES vidurkis (8,87 % ir 2376,33 2004 m.), nepaisant to, kad dešimtajame dešimtmetyje jos padidėjo. Valstybinių sveikatos priežiūros išlaidų dalis[62] sumažėjo ir pasiekė 75,4 % 2004 m., o privačios sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 24,6 % visų sveikatos išlaidų. Tiesioginiai atsiskaitymai grynaisiais 2004 m. sudarė 24,2 % visų sveikatai skirtų išlaidų. Pagal 2006 m. EPC/EC prognozes, valstybės sveikatos priežiūros išlaidos dėl gyventojų senėjimo iki 2050 m. turėtų padidėti 0,9 % BVP. Valdžios institucijos tikisi, kad valstybinės išlaidos padidės dėl ekonominio augimo, o senėjimas ir demografinė raida aiškinami kaip paslaugų teikimo ir tvarumo sunkumai. Pareigūnai kaip problemą įvardijo akivaizdų sveikatos apsaugai skiriamų lėšų trūkumą ir jos orientaciją į ligonines ir specializuotų paslaugų teikimą. Kad būtų išspręstos šios problemos, reformomis siekiama sumažinti specializuotos priežiūros ir priežiūros ligoninėse naštą, skatinti pirminę sveikatos priežiūrą, ambulatorinę priežiūrą ir ambulatorinį chirurginį gydymą, mažinti gulėjimo ligoninėse laiką ir geriau panaudoti turimas lovas. Neilgalaikiam (aktyviam) gydymui skirtų ligoninės lovų skaičius Lietuvoje palaipsniui sumažėjo, bet vis dar viršija ES vidurkį[63]. Kokybiškas sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių rengimas nurodomas kaip prioritetas. Nors prie pirmin s sveikatos prieži ros pl tros teigiamai prisid jo vis did jantis bendrosios praktikos gydytoj skaičius, personalo migracija vis dar išlieka rimta problema ir valdžios institucijos prad jo gyvendinti personalo išlaikymo politiką. Priimtoje strategijoje siekiama gerinti gyventojų sveikatos būklę ir vienodinti teikiamų sveikatos paslaugų skirtumus aktyviai įgyvendinant sveikatos politiką, kuri grindžiama skatinimu, prevencija ir sektorių bendradarbiavimu. Valdžios institucijos pirmenybę teikia kompleksinės ir veiksmingos pirminės sveikatos priežiūros infrastruktūros kūrimui, taip pat įvairių subjektų, susijusių su ilgalaike globa ir slauga (IGS), integracijai savivaldybių lygmeniu.

5.2. Ilgalaikė globa ir slauga

Sistemos aprašas: Socialinės globos ir slaugos institucijos skiriasi savo pobūdžių ir finansavimu. Yra apskričių, savivaldybių ir nevyriausybinės institucijos, kurios finansuojamos iš valstybės (apskričių), savivaldybių ir privačių (savivaldybių ir labdaros fondų) biudžetų. IGS teikiama stacionarinėse įstaigose, o slaugoma tiek stacionarinėse, tiek ambulatorinėse įstaigose. Socialinės paslaugos finansuojamos iš savivaldybių biudžetų, o tikslinės subsidijos skiriamos iš valstybės biudžeto. Tam tikra socialinė globa teikiama ir slaugos ligoninėse. Neseniai buvo pradėta plėtoti bendruomenėms skirta neinstitucinė globa, įskaitant slaugymą asmens namuose, pagalbą namuose ir namų ruošos paslaugas, kurias teikia slaugytojai ir socialiniai darbuotojai. Vis dėlto, didžioji bendruomenės globos dalis tenka šeimos nariams ir giminėms. Ilgalaikių globos ir slaugos paslaugų, kurios šiuo metu nėra pakankamos, vystymas yra valdžios institucijų prioritetas.

Galimybė naudotis paslaugomis: Nepaisant to, kad ilgalaikei priežiūrai skirtų lovų skaičius padidėjo 12,2 % 2004 m. palyginus su 2002 m., vis dar yra problemų dėl galimybės jomis naudotis, nes priežiūros asmens namuose arba bendruomenėje struktūra nėra pakankamai išvystyta. Eilės, susidariusios dėl institucinės globos, vis dar yra normalus reiškinys. Spręsdamos šiuos klausimus, valstybinės valdžios institucijos ieško, kaip plėtoti slaugymo

---

62 Procentas, skaičiuojamas nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų

63 579,9 lovų tenka 100 000 gyventojų

paslaugas (mokėjimas, slaugytojų kvalifikacija) ir skatinti slaugą namuose. Be to, rengiami teisės aktai dėl socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų integravimo, kad būtų užtikrinamos gyventojų galimybės naudotis IGS. Nors teisiniu požiūriu nėra diskriminacijos dėl galimybės naudotis IGS paslaugomis, nevienodas IGS įstaigų išsidėstymas ir paslaugų teikimas sudaro sąlygas geografinei nelygybei. Įformintas subsidijų skyrimas savivaldybėms, kad būtų teikiamos IGS paslaugos. Taip savivaldybės gali pirkti paslaugas net ir tose teritorijose, kuriose trūksta būtiniausių paslaugų. Siekiant išspręsti šią problemą naujaisiais teisės aktais numatoma, kad prieš teikiant IGS paslaugas, būtų įvestas asmeninių poreikių vertinimas, taip pat kad būtų tvirtinami ir įforminami nauji IGS tipai (dienos globa, paliatyvinė priežiūra).

Kokybė: Siekiama pereiti nuo institucinės globos prie globos asmens namuose. Institucinės globos lovų skaičiaus mažinimas, slaugos paslaugų plėtojimas ir visuotinių kokybės standartų nustatymas bei licencijavimas yra teisiškai įforminti siekiai, kurie pradės galioti 2007 m. sausio mėn. Skatinamas privačių socialinės globos institucijų ir privačios IGS rinkos kūrimas.

Ilgalaikis tvarumas: Pagal 2006 m. EPC/EC prognozes, valstybės ilgalaikės globos išlaidos dėl gyventojų senėjimo iki 2050 m. turėtų padidėti 0,4 % BVP. Be skiriamo biudžeto iš savivaldybių šaltinių (pagal poreikius), bus skaičiuojami asmenų tiesioginiai atsiskaitymai grynaisiais iš įvairių šaltinių (pridėta nuosavybė). Asmenims reikia iš dalies prisidėti prie jiems teikiamų IGS paslaugų išlaidų. Pareigūnai mano, kad tinkamų dienos socialinės globos paslaugų ir globos asmens namuose plėtra yra būtina norint mažinti finansines IGS institucijų išlaidas.

6. Būsimi uždaviniai:

- Išgyvendinti vaikų skurdą, ypač dėmesį skiriant ikimokyklinio amžiaus vaikus auginantiems tėvams ir sudarant sąlygas naudotis švietimo galimybėmis;
- Kovoti su kaimo skurdu skatinant aktyvią aprėptį, stiprinant vietos plėtros galimybes kartu su vietiniais partneriais ir sudarant sąlygas naudotis kokybiškomis socialinėmis paslaugomis;
- Kartu su visomis susijusiomis suinteresuotomis šalimis gerinti valdymą kuriant, stebint, vertinant ir integruojant sistemas;
- Užtikrinti didesnį gyventojų, kuriems taikoma įstatymais nustatyta pensijų sistema, skaičių bei ilgesnį darbinį gyvenimą;
- Užtikrinti galimybę gauti tinkamas pensijas iš modernizuotos pensijų sistemos, taip pat spręsti po 2020 m. su perėjimu susijusių išlaidų klausimą;
- Stiprinti pirminę sveikatos priežiūrą, šalinti geografinius skirtumus teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir mažinti socialiai pažeidžiamų grupių patiriamą finansinę globos naštą, gerinti bendruomenės ilgalaikės globos paslaugų teikimą ir remti neoficialius slaugytojus, kurti žmogiškųjų išteklių strategiją;
- Atsižvelgiant į prastą gyventojų sveikatos būklę ir galimybių naudotis paslaugomis problemas, gerinti būtinąją paslaugų kokybę, įgyvendinti informacijos ir stebėjimo sistemas ir skirti sektoriui papildomus šaltinius, tuo pačiu metu užtikrinant veiksmingesnį aprūpinimą (mažinti didelę priklausomybę nuo specializuotos ir ligoninėse teikiamos

stacionarinės sveikatos priežiūros bei gerinti gyventojų sveikatos būklę, įgyvendinant veiksmingą prevencinę sveikatos apsaugą ir ligų prevenciją).

Lithuania: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	4.1	37.9
2002	6.9	41.9
2004	7.3	49,0
2006	7.8f	55.0f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	59.1	60.5	57.7	25.9	40.4
2002	59.9	62.7	57.2	23.8	41.6
2004	61.2	64.7	57.8	20.3	47.1
2005	62.6	66.1	59.4	21.2	49.2

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	16.4	18.6	14.1	30.6
2002	13.5	14.2	12.8	22.5
2004	11.4	11,0	11.8	22.7
2005	8.3	8.2	8.3	15.7

** Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; ** GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast*

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	63.3	75,0	12.8	16.8	n/a	n/a	12.5
2000	66.8	77.4	13.6	17.8	n/a	n/a	8.6
2004	66.3sp	77.7sp	13.5sp	18sp	n/a	n/a	7.9

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop.
1995	4.9	86.3	-	:	:
2000	6.5	69.7	26.1	:	:
2004	6.5	75.4	24.2	:	:

s: Eurostat estimate; p: provisional **THE: Total Health Expenditures* ***PHI: Private Helath Insurance*

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function. % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2000	15.8	47.8	29.8	1.8	8.8	3.4	8.4
2004	13.3	47.3	29.5	1.6	8.8	2.6	10.2

** including administrative costs*

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP)Level in 2004 and changes since2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	22.5	16	6.7	3.7	0.5
2010	23.4	-0.7	:	:	:
2030	33.4	0.3	1.2	0.7	0.2
2050	44.9	1.4	1.8	0.9	0.4

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

Lithuania: data summary sheet

	At-risk-of-poverty rate					*Poverty risk gap*					*Income inequalities*	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	21b	27b	19b	19b	17b	28b	30b	28b	31b	13b	**Total**	6.9b
Male	20b	-	18b	20b	6b	31b	-	32b	33b	11b	**Male**	-
Female	21b	-	19b	18b	22b	26b	-	24b	30b	13b	**Female**	-

	People living in jobless households					*Long-term unemployment rate*				*Early school-leavers*		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	na	8.8	9,0	8.5	**1999**	5.3	6.1	4.4	**1999**	na	na	na
2004	6.5	8.1	8.3	8,0	**2004**	5.8	5.5	6.2	**2004**	9.5b	11.6u	7.4u
2006	5.3	7	7.2	6.9	**2005**	4.3	4.2	4.5	**2005**	9.2	12.2u	6.2u

**: excluding students; b: break in series; u: unreliable*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.81b	0.90b	0.76b	***Aggregate replacement ratio***	0.47b	0.50b	0.45b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Statutory pensions (or social security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Current estimate (2002)	Assumption
-4	2	2	DB and DC	/	/	83	/	26	/	/

** (DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

LUXEMBOURG

1. Situation et grandes tendances

L'économie luxembourgeoise affiche toujours une croissance beaucoup plus élevée que celle des pays voisins (3,6% du PIB en 2004). Après des baisses sensibles en 2002 et 2003, la progression de l'emploi intérieur a été satisfaisante (2,3% en 2004, 3% en 2005), notamment chez les femmes. Le chômage intérieur, relativement faible depuis le début, n'a diminué que modérément (5,1% de la population active en 2004 et 4,5% en 2005). Le taux d'emploi global ne s'est amélioré que de façon marginale depuis 2000 (63,6% en 2005, proche de la moyenne de l'UE mais encore bien en-dessous des objectifs de Lisbonne). La situation est particulièrement mauvaise pour les travailleurs âgés (31,7% en 2005 — en dépit d'augmentations récentes — ce qui est largement inférieur à l'objectif communautaire de 50%) et pour les jeunes (24,9% en 2005 contre 36,8% dans l'UE). Le taux de risque de pauvreté est faible (13% en 2004[64]), mais pratiquement identique à la moyenne de l'UE chez les enfants de 0 à 17 ans (19% contre 20%). L'espérance de vie (75 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes en 2003) est proche de la moyenne communautaire. Le niveau des dépenses de protection sociale était égal à 22,6% du PIB en 2004. Les dépenses totales de santé s'élevaient à 6,9% du PIB en 2004, ce qui est inférieur à la moyenne de l'UE, malgré une augmentation régulière ces dernières années, alors que les dépenses de santé en PPA-USD par habitant (3190) sont les plus élevées de l'UE. Le Luxembourg devrait connaître une évolution démographique importante au cours des décennies à venir, en raison notamment de flux migratoires nets parmi les plus élevés de l'UE-25. Le taux de dépendance des personnes âgées (21% en 2004 et 36% en 2050) est déjà un peu inférieur à la moyenne communautaire (24%) et devrait, d'ici 2050, devenir le plus faible de toute l'Union européenne (avec 36 % contre 52 % pour la moyenne communautaire).

2. Approche stratégique globale

Soulignant la nécessité d'adapter le système d'inclusion sociale et de protection sociale (en raison de l'évolution du modèle familial, de la part croissante des travailleurs transfrontaliers et de l'augmentation du chômage) et la volonté de maintenir la viabilité de ce système, l'approche stratégique retenue réaffirme cinq principes de gestion du système: (1) libre accès aux services, niveau de prestations approprié, promotion de la cohésion sociale, (2) qualité des services et suivi individualisé, 3) viabilité financière du système de protection sociale, (4) priorité à l'intégration par le travail et (5) maintien du dialogue social.

Après consultation des parties prenantes, six politiques sont présentées, dont quatre (appelées "objectifs prioritaires", ci-après "objectifs") concernent le chapitre Inclusion: le rétablissement du plein emploi; la prévention de l'échec scolaire et l'augmentation du niveau de compétences; la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle et l'accès au logement. Les deux autres politiques sont "l'accès à des soins de santé de haut niveau" et "le maintien d'un régime légal de retraite viable et durable".

Les choix stratégiques et les objectifs (même si la question de l'accès au logement ne figurait pas dans le programme national de réforme - PNR) sont conformes à la stratégie de Lisbonne, aux priorités fixées dans le PNR du Luxembourg et aux défis exposés dans le Rapport conjoint 2006. En ce qui concerne la gouvernance, le système présenté offre les moyens

---

64 SILC(2005) - année de référence du revenu 2004

d'organiser un vaste processus de consultation, qui permet aux parties prenantes de proposer des mesures au gouvernement et qui prend en compte la dimension locale (communes).

La dimension de genre est examinée dans tous les domaines et s'attache particulièrement à un objectif lié à la question de l'égalité entre les hommes et les femmes et à la participation des femmes à la vie professionnelle.

Le rapport n'établit pas toujours de lien explicite entre le diagnostic énoncé dans la première partie (évaluation de la situation) et les politiques retenues, ni entre l'approche stratégique et ces politiques.

3. Inclusion sociale

3.1 Tendances clés

En 2004[65], au Luxembourg, le taux de risque de pauvreté était de 13%, bien inférieur à la moyenne de l'UE-25 (16%). Le Luxembourg signale une augmentation du chômage (de 2,7% en 1998 à 4,5% en 2005) notamment parmi les jeunes (de 6,9% en 1998 à 13,7% en 2005) et, à un degré moindre, du chômage de longue durée (de 0,7% à 1,2% entre 1999 et 2005). Pour des causes qu'il conviendrait d'étudier, le taux de risque de pauvreté est beaucoup plus élevé chez les jeunes (19% en 2004 contre 11% pour le reste de la population). Le pourcentage de jeunes quittant prématurément l'école a légèrement augmenté entre 2004 et 2005 (+ 0,4 point); sur cinq jeunes ayant quitté prématurément l'école, un est toujours au chômage. Le taux de maintien à l'école des jeunes âgés de 15 à 24 ans reste beaucoup plus faible que dans le reste de l'UE (40,8% contre 56,4% en 2000; 44,4% contre 60,5% en 2004). Pour faire face au problème du chômage intérieur présent et futur, les autorités luxembourgeoises cherchent à mobiliser leurs "réserves de résidents", alors que la part des travailleurs transfrontaliers sur le marché intérieur de l'emploi continue à progresser (de 29,8% en 2000 à 35,1% en 2005). Les priorités consistent donc à encourager l'inclusion dans le marché du travail des femmes, des jeunes ou des personnes âgées de plus de 55 ans (pour ces dernières, il s'agit également de renforcer la viabilité du système de pension), ainsi qu'à renforcer la lutte contre le chômage de longue durée. Le Luxembourg veut combattre la transmission intergénérationnelle de la pauvreté en relevant le niveau de compétences dès le plus jeune âge, en améliorant les performances scolaires et en offrant une alternative aux jeunes qui quittent prématurément l'école; il veut également s'attaquer à la pauvreté des enfants, en particulier en développant les structures d'accueil des enfants pour encourager les parents à participer au marché du travail.

3. 2 Principaux défis et axes prioritaires

L'approche stratégique relative aux politiques d'inclusion figure dans les cinq grands "objectifs prioritaires" présentés ci-dessus. Les quatre objectifs (rétablir le plein emploi, prévenir l'échec scolaire et améliorer le niveau de compétences, concilier la vie familiale et la vie professionnelle, favoriser l'accès au logement) s'inspirent en grande partie des défis de 2006: en mettant l'accent sur les résidents les plus éloignés du marché du travail et sur une politique destinée à maintenir l'emploi, le taux de chômage accru a été pris en compte; par ailleurs, l'effort visant à relever le taux d'emploi des plus de 55 ans est envisagé trop rapidement, les mesures présentées sont en effet de simples déclarations d'intérêt, semblables à celles énoncées dans le PNR 2005. Toutefois, l'évolution de la pauvreté des enfants devrait

[65] SILC(2005) - année de référence du revenu 2004

être traitée plus en détail et le quatrième objectif devrait être axé plus clairement sur les populations en difficulté.

La fixation systématique d'indicateurs pour chaque objectif ainsi que la description des méthodes de suivi prévues sont accueillies avec satisfaction. En outre, il convient aussi de mentionner l'effort déployé par les autorités luxembourgeoises pour se concentrer sur un nombre restreint de questions importantes; mais cette sélection d'objectifs, bien qu'appropriée, mériterait d'être explicitée davantage.

Les liens avec le FSE sont mentionnés à deux reprises uniquement, à propos des objectifs "Rétablir le plein emploi " et "Concilier la vie familiale et la vie professionnelle".

3.3 Mesures politiques

La plupart des politiques mises en œuvre visent à encourager le maintien sur le marché du travail (ou l'accès ou le retour au marché du travail) de personnes exclues ou menacées de l'être: les femmes trouvant difficilement du travail en raison de leurs responsabilités familiales, les travailleurs âgés mis prématurément à la retraite, les jeunes quittant l'école sans qualifications. Elles ciblent essentiellement les groupes particulièrement à risque de pauvreté (ménages monoparentaux, familles nombreuses, ménages sans emploi, jeunes sans qualifications) et s'efforcent d'anticiper, jusqu'à un certain point, les risques de persistance de la pauvreté (enfants de moins de 15 ans). Toutefois, certains groupes de personnes marginalisées et ayant des problèmes sociaux indépendants de leur inactivité professionnelle, les toxicomanes par exemple, sont traités dans le cadre de programmes sectoriels spécifiques. L'accès aux services et infrastructures de base relève essentiellement de l'objectif lié à l'accès au logement (les locataires également tendent à être particulièrement exposés à la pauvreté).

Les mesures soumises pour chacun des quatre objectifs sont cohérentes et dans la continuité du rapport précédent. Les nouvelles mesures constituent un suivi limité de l'objectif "Rétablir le plein emploi". Le rapport tend plutôt à confirmer le ciblage des personnes les plus éloignées du marché du travail et la volonté de leur appliquer le cadre ordinaire du droit du travail (le projet de loi sur le "chômage social" est redéfini dans cette perspective). Le rapport développe également la direction prise par l'accord tripartite d'avril 2006, qui a décidé d'accorder la priorité aux mesures favorisant le maintien dans l'emploi. Les autres mesures s'adressent aux jeunes et aux plus de 55 ans; pour ces derniers, les ambitions (au niveau des simples intentions) semblent insuffisantes, alors que l'âge moyen de sortie du marché du travail s'est abaissé entre 2003 et 2004 et que le taux d'emploi des travailleurs âgés ne s'est amélioré que de façon marginale. L'objectif "Prévenir l'échec scolaire et augmenter le niveau des compétences" est mis en œuvre par plusieurs mesures, dont certaines sont nouvelles: c'est le cas du processus rapidement décrit de repérage des élèves à risque (qui quittent l'école avant la fin de l'enseignement obligatoire, ou après mais sans qualifications) et du projet de prise en charge de ces jeunes ("service volontaire d'orientation"). Alors que plus d'un jeune sur cinq ayant quitté le système scolaire prématurément reste inactif, les mesures coercitives envisagées antérieurement sont abandonnées en faveur d'une nouvelle approche, qui s'appuie sur l'assistance et des mesures d'encouragement: un nouveau projet de loi déposé en juin 2006 prévoit une aide à la formation pour les jeunes mineurs et une indemnité de formation pour les jeunes âgés de 18 à 25 ans. Selon la dernière étude de l'OCDE sur l'éducation au Luxembourg, les écarts des performances scolaires entre les jeunes autochtones et les enfants d'immigrés ont été réduits au niveau de l'enseignement primaire: plusieurs mesures prises ces dernières années ont contribué à limiter, à un niveau proche de la moyenne de l'OCDE, l'effet négatif d'un milieu familial immigré ou d'un statut socio-économique défavorisé sur des résultats

PISA. Mais dans le secondaire, certains problèmes subsistent (qui ne sont pas toujours abordés dans le rapport), comme le pourcentage important d'élèves dans les filières professionnelles (45%) ou la faible proportion d'enseignants certifiés (75%). L'objectif "Concilier la vie familiale et la vie professionnelle" poursuit ou développe les actions énumérées dans le dernier PAN-Inclusion (et dans le PNR): un nouveau projet de loi doit organiser le travail d'assistance aux parents. Dans le cadre de l'objectif "Accès au logement", il faut revoir le plan "logement" (avec établissement du cadre légal des aides de l'État en faveur des communes), qui avait déjà été décrit dans le PAN 2005 mais ne s'adressait pas particulièrement aux faibles revenus; le rapport présente également un programme politique offrant des instruments de maîtrise du foncier, dont une mesure concerne les logements à coût modéré.

3.4 Gouvernance

Afin de préparer et de rédiger le rapport, le gouvernement et ses partenaires reconnus (comités ministériels et ONG travaillant dans le domaine de la politique d'inclusion) se sont réunis régulièrement entre décembre 2005 et juin 2006. Les autorités concernées par la coordination et la mise en œuvre des politiques d'inclusion sociale sont présentées, mais l'efficacité de l'ensemble du mécanisme devrait être évaluée plus en profondeur.

Pour chaque objectif, des indicateurs de référence sont mentionnés, accompagnés, en général, des données chiffrées à atteindre ("objectifs de Lisbonne"). Toutefois, les indicateurs relatifs à l'augmentation du nombre de places dans les structures d'accueil pour enfants ne sont pas harmonisés avec ceux du PNR de 2005. En dépit des indicateurs fournis et de la présence de comités de pilotage clairement identifiés, le rapport ne donne pas suffisamment d'estimations quantitatives des populations visées par chaque objectif et chaque mesure; il ne fournit pas non plus de détails concernant un système de suivi totalement adapté.

4. Système de pension

Sur la base des données de 2004, les personnes âgées jouissent d'un niveau de vie parmi les plus élevés de l'UE-25 et pratiquement identique à celui de l'ensemble de la population, alors que le risque de pauvreté chez les personnes âgées (7%) est nettement inférieur à celui de la population de moins de 65 ans.

Le rapport de viabilité 2006 a estimé que le Luxembourg est un État membre à risque moyen en ce qui concerne la viabilité des finances publiques, en raison du coût élevé du vieillissement et malgré sa position budgétaire qui est actuellement solide. Le Luxembourg doit faire face à des pressions budgétaires importantes du fait du vieillissement de sa population. Les projections réalisées en 2005 par le groupe de travail "Vieillissement" indiquent une hausse importante des dépenses publiques de retraite de 7,4 points de pourcentage du PIB (de 10% du PIB en 2004 à 17,4% du PIB en 2050) si, selon les projections du sous-groupe Indicateurs (SGI), le taux de remplacement théorique se maintient aux niveaux actuels (approximativement 90% en termes bruts et 100% en termes nets).

Le rapport conjoint 2006 souligne le fait que le système de pension luxembourgeois repose sur un consensus politique solide et garantit des prestations très satisfaisantes, mais que sa viabilité financière serait renforcée par une hausse des taux d'emploi parmi la population résidente et, en particulier, parmi les femmes de plus de 55 ans.

La viabilité financière du système de pension dépend non seulement de taux de croissance économique relativement élevés à l'avenir, mais aussi d'un apport très important des travailleurs non résidents à l'économie luxembourgeoise et à ses régimes de retraite. Malgré

l'existence d'une réserve, si le taux d'emploi des travailleurs non résidents devait diminuer, une population vieillissante devrait alors financer non seulement les pensions des retraités résidents, mais également celles d'un grand nombre de retraités hors du Luxembourg.

5. Soins de santé et soins de longue durée

5.1 Soins de santé

Description du système: Le régime d'assurance-maladie obligatoire couvre 99,9% de la population. Le taux standard de cotisation est fixé par l'Union des caisses de maladie (UCM) qui, avec neuf autres caisses organisées selon des critères professionnels, gère et fournit la couverture sociale obligatoire. Les fonctionnaires et les agents des institutions européennes et internationales ont leurs propres caisses d'assurance maladie. Les prestataires de soins de santé exercent en général à titre libéral. Toute prestation choisie de services des soins de santé peut donner lieu à remboursement. Les services de médecine préventive relèvent du ministère de la santé. Les soins de santé sont dispensés par des services publics, des médecins privés ainsi que des associations sans but lucratif payées sur le budget du ministère. Le Luxembourg importe tous les médicaments et fixe la plupart des prix de détail en fonction des prix déterminés dans le pays d'origine. Le financement du système de santé se fait essentiellement par l'assurance publique. La rémunération des professionnels de la santé repose sur un niveau fixe d'honoraires défini par la loi (paiement pour un service qui est ensuite remboursé), alors que les hôpitaux sont financés par des budgets annuels négociés avec l'UCM. 75% de la population achète une couverture assurance maladie complémentaire, afin de payer des services qui sont classés comme non essentiels au titre des régimes obligatoires. D'une manière générale toutefois, l'assurance maladie complémentaire a toujours joué un rôle limité. La stratégie nationale est axée sur la viabilité financière du système et s'attache à une maîtrise des coûts et à une meilleure utilisation des ressources. En outre, l'acquisition commune de médicaments et de technologies est envisagée (une centrale unique d'achat pour les hôpitaux) afin de gagner en efficacité et de promouvoir l'utilisation des médicaments génériques.

Accessibilité: Indépendamment de leurs revenus, tous les assurés bénéficient de la même couverture de services et des mêmes conditions de remboursement. Pour les groupes vulnérables cependant, les caisses d'assurance maladie fournissent à la fois des taux de remboursement favorables et un préfinancement des services de santé. Des investissements supplémentaires sont également effectués afin d'augmenter la capacité d'accueil et d'améliorer l'accès général aux services de santé. En ce qui concerne l'invalidité, un nouveau cadre facilite une bonne répartition des ressources et une prestation appropriée de services aux personnes handicapées (choix de l'assurance-maladie, pension d'invalidité et formation professionnelle), améliorant ainsi la gestion de l'incapacité de travail prolongée.

Qualité: La rédaction de guides de bonnes pratiques et de recommandations scientifiques a contribué à assurer un haut niveau de qualité des soins de santé. En termes d'assurance de la qualité, plusieurs organismes consultatifs évaluent et surveillent la qualité des services fournis (un comité quadripartite, un conseil scientifique, un comité hospitalier permanent). Le choix de l'offre est libre pour les assurés et les prestataires doivent respecter les honoraires fixés pour les services. Les autorités encouragent les hôpitaux et les unités de soins à établir des synergies et à collaborer avec d'autres prestataires de soins à un niveau régional plus large. L'objectif est d'accroître la qualité des soins grâce à la création de centres de soins spécialisés. Afin de maintenir un bon niveau de qualité, les professionnels de la santé ont signé des

conventions avec l'UCM en vue d'améliorer leurs qualifications par leur participation à des séminaires (formation continue).

Viabilité à long terme: En 2004, les dépenses totales de santé étaient évaluées à 6,9% du PIB; les dépenses publiques atteignaient 90,2% des dépenses totales de santé et la part de l'assurance privée 9,8%. Les versements directs en 2004 représentaient 6,8% des dépenses totales de santé. Cette même année, les dépenses totales de santé par habitant calculées en PPA-USD s'élevaient à 3992. Selon les projections CPE/CE 2006, les dépenses totales de santé devraient augmenter de 1,2 point de pourcentage du PIB d'ici 2050 en raison du vieillissement de la population. Il est prévu de concentrer et de regrouper les unités de soins de faible activité pour utiliser ces ressources d'une manière plus rationnelle et plus efficace. Une programmation hospitalière à grande échelle, sur la base d'évaluations périodiques, permet une utilisation efficace des ressources et la non-prolifération de services spécialisés dans plusieurs hôpitaux ou centres de soins. Les réformes des années 1980-90 se sont attachées essentiellement à assurer la stabilité financière des caisses de maladie. Les principales mesures introduites durant cette période ont été une augmentation des co-paiements, la constitution de la réserve de l'Union des caisses de maladie pour faire face à tout déséquilibre budgétaire, ainsi que le transfert de responsabilités des différentes caisses à l'UCM. En 1995, un changement a été introduit dans le système de paiement pour répondre à des frais hospitaliers en augmentation constante: un système tarifaire avec des budgets prévisionnels globaux négociés sur une base annuelle entre les différents hôpitaux et l'UCM. Des mesures ont été adoptées qui visent à une stabilisation financière et à une maîtrise des coûts. Elles concernent l'évaluation du comportement des médecins en matière de prescriptions, la lutte contre la consommation excessive d'antibiotiques, l'encouragement de l'utilisation de médicaments génériques, ainsi que la coopération hospitalière et la désignation de centres d'excellence, l'élaboration de nouvelles pratiques de gestion et la centralisation de l'achat des médicaments. Des politiques vigoureuses de promotion et de prévention sanitaires (dépistage, vaccination, sida, tuberculose, campagnes concernant l'alimentation et l'activité physique, etc.), entreprises sur une base multidisciplinaire, doivent améliorer la viabilité financière à long terme du système.

5.2 Soins de longue durée

Description du système: Les soins de longue durée ont été identifiés par les autorités comme un risque pour le système de sécurité sociale. En conséquence, les services de soins de longue durée sont fournis dans le cadre de la sécurité sociale. Un prélèvement social obligatoire sur certaines sources de revenus a été mis en place pour financer l'accès aux services de soins de longue durée sur la base des besoins, indépendamment de la solvabilité des patients. Pour les soins à domicile, le bénéficiaire a la possibilité de recevoir des prestations en espèces pour lui permettre de se faire aider et soigner par un aidant informel. Cette prestation en espèces équivaut à la moitié du coût du service fourni. Elle est réglementée et limitée à 10,5 heures par semaine pour un aidant informel afin de garantir un suivi par les services de soins formels. Les aidants informels bénéficient également d'une couverture sociale spécifique. Les soins palliatifs sont sous la responsabilité des hôpitaux. Les autorités souhaitent promouvoir l'offre de soins palliatifs dans le domaine extrahospitalier et en assurer le financement par le système de sécurité sociale.

Accessibilité: Il existe un cadre (d'assurance) global et obligatoire pour les soins de longue durée. Pour les personnes nécessitant des soins supplémentaires non couverts par l'assurance dépendance, l'État prévoit une forme de co-paiement (remboursement de la différence entre le paiement par le bénéficiaire et le coût effectif des soins supplémentaires) aux prestataires de

ces services supplémentaires, étant donné que les coûts supportés par le bénéficiaire de ces services sont fixés par un tarif social.

Qualité: Pour les personnes âgées, l'accent a été mis davantage sur les soins gériatriques, la formation en gérontologie et la fixation de normes pour les infrastructures et le personnel. Afin d'améliorer la qualité des soins de longue durée qui sont dispensés, des mesures ont été adoptées concernant l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique, à partir d'une évaluation et d'études scientifiques. Pour les soins palliatifs, des programmes de formation spécifiques ont été introduits afin de répondre à l'évolution des besoins et des demandes dans ce domaine spécialisé.

Viabilité à long terme: Selon les projections CPE/CE 2006, les dépenses publiques pour les soins de longue durée devraient augmenter de 0,6 point de pourcentage du PIB d'ici 2050 en raison du vieillissement de la population. Les programmes de médecine préventive ont été renforcés et sont cofinancés par le système de sécurité sociale. A la réserve de la Caisse (qui ne peut être inférieure à 10% de la dépense annuelle pour le programme de soins de longue durée), viennent s'ajouter une contribution fixée à 1% (1,4% depuis janvier 2007), applicable à l'ensemble des revenus de la population assurée, ainsi qu'une contribution de l'État afin de maintenir la viabilité financière du programme de soins de longue durée.

6. Défis pour l'avenir

- Mieux contrôler et mieux coordonner la stratégie d'inclusion et améliorer le mécanisme de suivi et d'évaluation;

- Analyser les incidences sociales du niveau relativement élevé du chômage en général et du chômage de longue durée en particulier;

- Relever le taux d'emploi des résidents jeunes et des résidents âgés de 55 à 64 ans pour faire face au problème de la viabilité à long terme du système de pension, de manière à ce que le système soit viable également en cas de croissance économique faible.

- S'attaquer au problème de la viabilité financière des soins de longue durée et améliorer la qualité des services de soins de longue durée en intégrant ces différents services dans les services de soins de santé, afin de garantir la continuité des soins à domicile et en institution.

- Limiter la consommation excessive d'antibiotiques et développer l'utilisation des médicaments génériques (qualité et viabilité financière).

Luxembourg: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	8.4	222.0
2002	3.8	220.7
2004	3.6	240.8
2006	5.5f	257.1f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	FeMale		
2000	62.7	75.0	50.1	31.9	26.7
2002	63.4	75.1	51.6	31.2	28.1
2004	62.5	72.8	51.9	23.3	30.4
2005	63.6	73.3	53.7	24.9	31.7

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	FeMale	
2000	2.3	1.8	3.1	7.1
2002	2.7	2.0	3.7	7.7
2004	5.1	3.7	7.1	16.8
2005	4.5	3.5	5.8	13.7

*: Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	73.0	80.2	14.7	19.2	na	na	5.6
2000	74.8	81.1	15.5	19.7	na	na	5.1
2004	76sp	82.3sp	16.6sp	20.5sp	na	na	3.9

WHO	Total health exp. %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public System coverage % of pop.	Pop covered by PHI** % of pop.
1995	5.7				
2000	6.0	90.3	7.0		
2004	6.9	90.2	6.8		

s: Eurostat estimate; p: provisional

*THE: Total health expenditure

**PHI: Private health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	20.7	45.1	24.9	3.1	13.1	1.2	12.7
2000	19.6	39.9	25.4	3.2	16.6	1.5	13.4
2004	22.6	36.5	25.0	4.7	17.4	2.9	13.5

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2004	21.2	19.5			
2010	21.6	-0.9			
2030	31.5	5.5			
2050	36.1	8.3			

Luxembourg: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk of poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	13	19	11	12	7	18	18	20	20	13	**Total**	3,8
Male	13	-	11	11	9	19	-	18	20	16	**Male**	-
Female	13	-	12	13	5	18	-	20	20	13	**Female**	-

	People living in jobless households: Children	% of people aged 18-59*				Long-term unemployment rate (% of people aged 15-64)					Early school-leavers (% of people aged 18-24)		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female			Total	Male	Female
1999	4.0	6.7	5.1	8.4	**1999**	0.7	0.6	0.9		**1999**	19.1b	18.9b	19.4b
2004	3.4	7.1	5.7	8.5	**2004**	1.1	0.8	1.4		**2004**	12.7	12.6	12.7
2006	2.7p	6.7p	5.4p	8.1p	**2005**	1.2	1.2	1.2		**2005**	13.3	17.0	9.6

**: excluding students; p: provisional; b: break in series*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.967	0.955	0.988	***Aggregate replacement ratio***	0.625	0.561	0.596

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050): Net: Total	Gross replacement rate: Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Assumptions: Coverage rate (%): Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions	Statutory pensions (or Social Security)	Contribution rates: Occupational & voluntary pensions: Current estimate (2002)	Assumption
1	0	0	DB			92		24		

**:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

MAGYARORSZÁG

1. Áttekintés és főbb tendenciák

Bár a magyar gazdaság továbbra is jóval az európai átlag fölött bővült (az Eurostat előrejelzése szerint 4%-kal), a foglalkoztatottság szintje továbbra is stagnál (2005-ben 56,9%). A teljes ráta a fiatalkori foglalkoztatottság negatív tendenciáját tükrözi (2004-ben még 23,6%, 2005-ben már csak 21,8%), amellyel szemben áll az idősek foglalkoztatottságának további növekedése (2004-ben 31,1%, 2005-ben pedig már 33%, ami azonban még mindig elmarad az 50%-os lisszaboni céltól). A munkaerőpiac legsúlyosabb problémája azonban - az emelkedő trend ellenére - továbbra is a rendkívül alacsony aktivitási szint (2005-ben 0,8 százalékpontos növekedést követően 61,3%). Az aktivitás növekedését követően a munkanélküliség 7,2%-ra (2005) nőtt, bár ez még mindig viszonylag alacsony a magas inaktivitás fényében. A szegénységnek a munkanélküli és a munkahely nélküli háztartások vannak leginkább kitéve; mind a munkahely nélküliség mind pedig a szegénység továbbra is erősen összefügg az oktatási, egészségügyi, területi és etnikai tényezőkkel. Az alacsonyan képzett emberek foglalkoztatottsága csak egyharmada a magasan képzettekének (2003-ban 28,4% és 82,4%). A lakosság egészségi állapota továbbra is komoly aggodalomra ad okot, és komoly kihatásai vannak a munkaerőpiac teljesítményére. Az időskorú eltartottak aránya az előrejelzések szerint a 2004-es 23%-ról 2050-re 48%-ra fog növekedni, megközelítve az EU átlagát. A regionális munkaerő-piaci különbségek a második legmagasabbak az Unióban, és még komolyabb régión belüli különbségek jellemzik őket. A foglalkoztatási lehetőségek mellett a területi különbségek ugyanilyen fontosak a közszolgáltatásokhoz való hozzáférés szempontjából. Mindezek a hátrányok elsősorban a roma közösséget sújtják. A szegénység mindazonáltal viszonylag mérsékelt szintű maradt (a szegénységi kockázati ráta 13% volt 2004-ben[66]), de a gyermekek nagyobb kockázatnak (20%) vannak kitéve, különösen az egyszülős családokban. E társadalmi környezet ellenére visszaestek a GDP százalékában mért szociális kiadások (2003-ban 21,4%, 2004-ben 20,7%). A kiadások legnagyobb részét az időskori ellátások teszik ki 42,5%-kal, ezt követik az egészséghez kötődő kiadások (29,5%-kal), a család és a gyermekek (12,1%) és a rokkantsági ellátások (10,3%) (2004).

A várható élettartam (2004-ben férfiaknál 68,7 év, nőknél 77,2 év) az egyik legalacsonyabb az EU-ban[67]. Ez 1995 óta 3,4 évvel emelkedett a férfiaknál és 2,7 évvel a nőknél, ami jelentős növekedés az 1988-1994-ig tartó csökkenés után. A várható egészséges élettartam (2004-ben 53,5 és 57,8 év) jóval - több mint 10 évvel - alatta marad az EU-15 átlagának[68]. A csecsemőhalandósági arány az EU-ban az egyik legmagasabb (2004-ben 6,6‰ az EU 4,5‰-es átlagához képest), bár jelentősen javult (1960-ban 47,6‰, 1995-ben pedig 10,7‰). A születés körüli halandóság 2003-ban szintén magas volt (9,1‰), jóllehet lényegesen alacsonyabb az 1960-as 35‰-es adatnál; a szint 1995 óta (9‰) stagnál.

---

66 Az EU jövedelmekre és életkörülményekre vonatkozó statisztikáiról szóló rendelet (statistics on income and living conditions, EU-SILC) 2005-ös végrehajtását követöen nem minden jövedelemalapú mutató (a 2004. évi jövedelemre vonatkozó szegénységi kockázati ráta, a felső és alsó jövedelmi ötöd jövedelmeinek aránya (S80/S20), az összesített helyettesítési ráta stb.) értéke hasonlítható az előző években bemutatott becslésekhez, az észrevehető évenkénti különbségek ezért nem jelentősek. Az új uniós, harmonizált és összehasonlítható forrás SILC-re való átállás során (lásd a módszertani jegyzetet) ezek a becslések a háztartások költségvetésére vonatkozó nemzeti felmérésre épültek, amely nem volt teljesen összeegyeztethető a részletes

67 Az EU átlaga a férfiak esetében 75,8 év, a nőknél pedig 81,9 év 2004-ben

68 Az EU átlaga a férfiak esetében 64,5 év, a nőknél pedig 66 év 2003-ben

2. Átfogó stratégiai megközelítés

A jelentés a stratégiai orientáció jelentős erősödését mutatja a 2004. évi társadalmi összetartozásról szóló nemzeti cselekvési terv óta. A stratégia nagyrészt a kormány reformmenetrendjére épít mindhárom területen, és összhangban áll a nemzeti reformprogrammal. A nemzeti stratégiai jelentés ugyanakkor a három átfogó célkitűzés legtöbb fő összetevőjével is foglalkozik. A nemzeti stratégiai jelentés és a növekedési és foglalkoztatási stratégia közötti kapcsolatok erősek (hozzájárulás a lisszaboni stratégiához ('feeding-in')), különösen az emberek munkára és aktív befogadásra való ösztönzésének, valamint a nyugdíj- és az egészségügyi reform tekintetében. Másrészről viszont míg az elemzés azt mutatja, hogy a fokozódó gazdasági versenyképességnek nagyobb társadalmi kohézióval kellene járnia, nem teszi lehetővé az ehhez szükséges feltételek létrejöttét. Nincsenek eléggé hangsúlyozva a társadalmi összetartozás prioritásaihoz szükséges szakpolitikák, mint például a területi különbségek csökkentéséhez szükséges mobilitási ösztönzők (hozzájárulás a társadalmi befogadáshoz ('feeding-out')).

Miközben a stratégia széles körű reformokat indít, egyúttal folytonosságot is mutat az előző nemzeti cselekvési tervvel a gyermekek, a fogyatékkal élők és a romák középpontba állításával. Ugyanekkor a stratégia fő prioritásai nagy mértékben építenek az előző stratégiai megközelítésre és beavatkozásokra, konkrétan a foglalkoztatáshoz való hozzáférés (aktív befogadás) és a gyermekszegénység elleni küzdelem terén. A regionális és térségi egyenlőtlenségek csökkentésének prioritássá tételével a terv az ország legszegényebb térségeire összpontosít, ahol valamennyi társadalmi hátrány - különösen a szolgáltatásokhoz való rossz hozzáférés - koncentrálódik. A nemzeti stratégiai jelentés szerint az e területeken található összetett problémákkal és a középpontba állított csoportokkal integrált szakpolitikákat egyesítő programok megvalósítása révén (úgynevezett komplex programokkal) foglalkoznak. A különböző ágazatokból származó beavatkozásokkal zajló - számos forrásból (esetlegesen mindkét strukturális alapból) származó finanszírozást jelentő - összehangolt erőfeszítések beavatkozási logikája egyelőre kérdéses.

A kormány tervei szerint a kohéziós politikai forrásokat javarészt a nemzeti stratégiai jelentés megvalósítására fordítják. A tervezés jelenlegi szakaszában azonban még nem állnak rendelkezésre részletes információk a strukturális programozás körülményeiről. A monitoring eredmények hiányosságai miatt a 2004-2006-os nemzeti cselekvési program beavatkozásainak végrehajtásában sem látható világosan az európai finanszírozás hatékonysága. Mindazonáltal üdvözlendő lépés az előző cselekvési terv végrehajtásáról szóló jelentés összeállítása és benyújtása. Az új terv megindításával a nyomon követést egy jobban összehangolt monitoring rendszer támogatja, amely magában foglalja a társadalmi összetartozási stratégia összes lényeges intézkedését. A terv elkészítésébe alaposan bevonták a szociális partnereket és a civil társadalom érdekelt feleinek széles körét. Másfelől nincs arra vonatkozó információ, hogy mi lesz a szerepük a prioritások megvalósításában és figyelemmel kísérésében.

3. Társadalmi összetartozás

3.1. Legfontosabb tendenciák

Bár a növekedő aktivitás kedvező környezetet teremt a stratégiához, a stagnáló munkaerő-kereslet továbbra is akadályozza a foglalkoztatáshoz való jobb hozzáférés célkitűzésének elérését. A munkahelyteremtés nélküli növekedésen kívül a szegénységi arány részletes elemzése is azt látszik alátámasztani, hogy a gazdasági fejlődés kedvező hatásai nem érnek el valamennyi társadalmi csoporthoz. A különböző szegmenseket tekintve az alacsonyan

képzettek, a cigányság, az egyszülös családok gyermekei, a nagycsaládok, az egyedülálló anyák és a fogyatékkal élők vannak leginkább kitéve a szegénység veszélyének. A gyermekszegénységi arány például 7 százalékponttal magasabb az átlagnál.

A rendkívül alacsony foglalkoztatási és aktivitási arányt tekintve a legfőbb kihívás továbbra is minél több ember munkaerőpiacra vonzása az aktív társadalmi befogadás révén. Bár a nominális inaktivitás és munkanélküliségi csapdák nem magasak, az „érje meg dolgozni" elv erősödhetne az alsóbb bércsoportokban. Ebben a tekintetben rendkívül fontos szerepe van a szociális juttatások szerkezetének és a hozzájuk való hozzáférésnek , különösen a rokkantsági nyugdíjak esetében.

Az új családtámogatási rendszer, amelyben a - kizárólag az adóképes jövedelemmel rendelkezők számára hozzáférhető - adóhiteleket az általános támogatás váltotta fel, sikeresnek bizonyult a rászorulók hatékonyabb elérésében. A jobban célzott jövedelem-újraelosztás mellett ugyanakkor a szegénység nemzedékek közötti átöröklődését is fontos megelőzni. Bár az iskolai lemorzsolódás aránya az EU átlaga alatti (12,3%), a korai iskolaelhagyás aránytalanul sújtja a roma fiatalokat (nagyjából 20% nem fejezi be az általános iskolát, újabb 20% későn fejezi be az alapoktatást, 40-50% pedig az általános iskola elvégzése után azonnal befejezi tanulmányait, vagy lemorzsolódik a középiskolából). Ez a minőségi alapoktatáshoz való hozzáférésben tapasztalható egyenlőtlenségeket, valamint nagy diákcsoportok alapkészségekben mutatott hiányosságait tükrözi. A PISA 2000 felmérés szerint a kistelepüléseken és a nagyvárosokban élő 15 éves diákok olvasási és matematikai teljesítménye közötti rés majdnem négyszerese az OECD-átlagnak.

Rendkívül jelentősek a regionális különbségek a jövedelem, a munkaerő-piaci helyzet, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés és a lakhatás szempontjából. A regionális foglalkoztatási arányok szórása (2004-ben 9,4%) a második legnagyobb az EU-ban, a régiókon belüli különbségek pedig ennek többszörösei. A szegénységi kockázat szorosan összefügg a növekvő szegregációval és a hátrányos helyzetű térségekben a cigányság felülreprezentáltságával.

3.2. Legfontosabb kihívások és prioritások

A társadalmi összetartozás területének átfogó célkitűzése a társadalmi egyenlőtlenségek további növekedésének megelőzése, a társadalmi összetartozás erősítése és a hátrányos helyzetűek kompenzálása a költségvetési kiigazítás időszakában. A harmadik összetevő azonban csak korlátozott figyelmet kapott a prioritások között. A többi esetben a konkrét célkitűzések megfelelnek a prioritásoknak: aktív befogadás, a gyermekszegénység elleni küzdelem és a leghátrányosabb térségek felzárkózásának segítése. További célkitűzés a társadalmi összetartozás jobb monitorozása egy integrált rendszer kialakításával, válaszképpen arra, hogy eddig semmiféle rendszeres nyomon követés nem létezett a társadalmi összetartozásra irányuló beavatkozások esetében. Az összetartozással foglalkozó politikák java része sokdimenziós („komplex") programok formájában jelenik meg, amelyek a projekt megvalósításában különböző ágazatokat fognak össze.

A 2006-os közös jelentésben azonosított kihívással összhangban - *a foglalkoztatási teljesítmény javítása és az inaktivitás csökkentése, ideértve az ellátórendszerek felülvizsgálatát is* - az első prioritás a munkaerő-piaci befogadásra irányul, összhangban a nemzeti reformprogrammal. Ez az „előbb dolgozz" elven alapul, anélkül azonban, hogy korlátozná az ellátások és a szolgáltatások hatáskörét. A beavatkozások a szociális és a foglalkoztatási szféra közötti kapcsolat legfontosabb összetevőire irányulnak, mint például a rehabilitációs szolgáltatások és a rokkantsági ellátások átalakítása. Másrészt valószínűtlen,

hogy a költségvetési megszorítások közepette a *különösen a roma kisebbség körében a szegénység és a kirekesztés elleni küzdelemre szánt források* növekednének. Jelentős erőfeszítésekre került sor *a politikák előkészítése terén a megfelelő kormányzati szervek közötti együttműködés javítására és a civil társadalom mozgósítására,* a monitorozásban és a *megvalósításban* azonban nem látható a szerepük.

3.3. Politikai intézkedések

A munkaerő-piaci integráció és az inaktivitás csökkentésének elősegítése a nemzeti reformprogrammal összhangban álló aktív befogadási politikákon alapul. A prioritás felsorol néhány (környezeti) célmutatót a következőkről: általános, nőkre és idősebbekre vonatkozó foglalkoztatási arány, általános aktivitás és nemek szerint bontott aktivitási arány, korai iskolaelhagyás, részvétel az egész életen át tartó tanulásban, valamint a munkahely nélküli háztartásokban élő aktív korú népesség. A foglalkoztatási célok optimistának tűnnek a közszférában tapasztalható elbocsátások fényében. Az oktatás terén kitűzött célokat nem támasztják alá nagy horderejű beavatkozások. A prioritás szakpolitikai kombinációja javarész munkára való adózási ösztönzőkből és az aktívabb munkakeresés támogatásából áll. A kormány takarékossági intézkedései ellenére folytatódnak és szélesebb körűek lesznek az adóék-csökkentési programok a fiatal munkaerőpiacra belépők, a munka világába visszatérő szülők és az 50 év fölötti tartós munkanélküliek esetében. A nemzeti stratégiai jelentés szociális területén az aktív munkakeresést támogató intézkedések tartalmazzák a legfontosabb reformintézkedéseket. Ezek a munkahely nélküliek - különösen a rokkantnyugdíjasok - által kapott szolgáltatásokat és juttatásokat érintik. Az Európai Szociális Alap aktív támogatásával az Állami Foglalkoztatási Szolgálat alapjain létre fog jönni egy integrált szociális és foglalkoztatási szolgáltatórendszer. Szintén átalakítják a foglalkoztatási rehabilitációt azzal a céllal, hogy nagyobb hangsúly kerüljön a munkaerő-piaci eredményekre. Ugyanekkor azok esetében, akik nem veszítették el teljes mértékig munkaképességüket, a rokkantsági nyugdíjat egy a munkaerőpiacra vezető rehabilitációs szolgáltatáshoz kötött átmeneti juttatás fogja fölváltani. Az öregségi nyugdíjat szintén felülvizsgálják, hogy a korai nyugdíjba vonulást választók és a hosszabb ideig dolgozók biztosításmatematikailag arányos nyugdíjak formájában pénzügyi ösztönzőket kapjanak, a magasabb nyugdíjazási kor érdekében. Ezeket a politikákat kiegészítik azok az intézkedések, amelyek megkísérlik jobban kihasználni az alternatív foglalkoztatási lehetőségeket (pl. szociális gazdaság). Másfelől a foglalkoztatási akadályok - és különösen az oktatási és szakképzési rendszer eredményei és a munkaerő-piaci igények közötti állandó eltérés - kiküszöbölésére irányuló, az egész életen át tartó tanulási intézkedések és tervek szemlátomást nem tükröznek koherens megközelítést. Ráadásul alig vannak a földrajzi mobilitás előmozdítására irányuló kezdeményezések.

A gyermekszegénység csökkentésére vonatkozó prioritás eredeti célja szerint 2013-ra az aránynak a 2003-as általános átlagos szintre (vagyis 12%-ra) kellene csökkennie. Ezt felül kellene vizsgálni, hiszen a gyermekszegénységi ráta 2004-ben az új módszertan miatt volt magasabb a 2003. évinél. A munka és a családi élet jobb összeegyeztetésére szintén meg lett határozva egy kimeneti cél (nevezetesen 0-3 éves korúak gyermekellátási intézményeinek 6%-os kapacitásbővítése, ami mérsékeltebb célkitűzés az előző tervben kitűzött, ám nem teljesült 10%-nál). A legfontosabb kezdeményezések jobban célzott jövedelem-újraelosztással a szegénység nemzedékek közötti átöröklése ellen és a szegénység csökkentésére irányulnak, valamint a gyermekjóléti szolgáltatásokhoz való jobb hozzáférésre a kistelepüléseken és a hátrányos helyzetű térségekben. A szegénység átörökítési ciklusának megszakítása érdekében az óvodai és a közoktatásra kell összpontosítani. Ebben az összefüggésben üdvözlendő a csökkenő gyermeklétszámú kistelepüléseken az olyan integrált intézmények létrehozása, amelyek egyaránt szolgáltatásokat nyújtanak a 0-3 éves és a 4-6 éves korcsoportnak. A

kistelepülési iskoláknak a szegregált, rossz minőségű oktatás megszüntetését célzó összevonása fontos lépés lenne a szegregáció kezelése és az azonos minőségű közoktatás biztosítása felé. Ugyanakkor egyelőre nem tűnik megfelelően átgondoltnak a beiskolázási körzetek felülvizsgálatának terve a szegregáció elkerülésére. A jobban célzott családtámogatási rendszer és a rendszeres szociális támogatás fogyasztási egységeken alapuló kiszámítása szintén a gyermekek érdekét szolgálja. A jobb és egyenlőbb hozzáférést támogatja a gyermekeknek nyújtott integrált szolgáltatások ösztönzése (pl. a 40 000 főnél nagyobb városokban vagy a kisebb önkormányzatok közötti együttműködés keretében gyermekjóléti központok felállításával és a Biztos kezdet program terjesztésével, amely a gyermek nevelésének helyi közösségi támogatása kialakítása révén egészíti ki a gyermekellátási szolgáltatások összehangolását). Az ezekhez az intézményekhez jobb hozzáférés biztosítására, a bölcsődei kapacitás növelésére és a családon belüli erőszak kezelésére irányuló lépések a nemek közötti egyenlőség érvényesítésének magasabb prioritását tükrözik az előző nemzeti cselekvési programhoz képest.

A területi és lakhatási hátrányok csökkentésének prioritása számos konkrét, számszerűsített eredményt és célpontot tűz ki. Üdvözlendők a szociális szolgáltatások területi hozzáférhetőségének javítására irányuló tervek. Különösen bíztató a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatások reformja, amely irányítási rendszert vezet be a helyi igények és a szolgáltatók minősége szerinti ésszerűbb kapacitáselosztás érdekében. Evégett a szolgáltatásnyújtást standard minőségi protokollokkal fogják monitorozni. A nemzeti stratégiai jelentés továbbá folytatja az előző nemzeti cselekvési program jó kezdeményezéseit az eladósodottság és a hajléktalanság csökkentésére, jóllehet ezek költségvetése egyelőre meglehetősen korlátozott. Végül: a hátrányos helyzetű régiók felzárkózásának támogatására szolgáló beavatkozások valószínűleg képtelenek lesznek felülkerekedni a roppant regionális különbségeken.

3.4. Kormányzás

Magyarország jelentős erőfeszítéseket tett, hogy az új társadalmi összetartozási stratégia előkészítésébe valamennyi releváns szereplőt bevonjon. A konzultációkat viszont jobban össze kellene hangolni, és biztosítani kellene, hogy az érintett felek nézeteit ténylegesen figyelembe vegyék. Egyelőre nincs kidolgozva annak pontos módja, hogyan vonják be az érintetteket a megvalósításba. Bár a kormány tervezi egy integrált monitoring rendszer felállítását, amellyel valamennyi társadalmi összetartozásra irányuló intézkedést nyomon követne, ennek tervezése pillanatnyilag gyerekcipőben jár. Egy ilyen rendszer lehetővé tenné a nemekre vonatkozó statisztikák kiterjedtebb gyűjtését és felhasználását is.

4. Nyugdíjak

Az idősek életszínvonala 2004-ben viszonylag magas volt, majdnem megegyezett a 0-64 korú népességével. A magyar szegénységi ráta viszonylag alacsony, és a 65 év feletti korcsoport esetében még egy kicsit alacsonyabb (6%)[69].

A 2006. évi fenntarthatósági jelentés Magyarországot magas kockázatú tagállamnak minősítette az államháztartás fenntarthatóságának szempontjából, különösen a társadalom elöregedésének magas költségei miatt. Az előrejelzések szerint a nyugdíjkiadások növekedése

[69] Forrás: 2004. évi jövedelmekre vonatkozó SILC statisztikák. A magyar hatóságok ugyanakkor úgy vélik, hogy az idősek szegénységi rátája lényegesen magasabb lehet a SILC adatainál. Önálló nemzeti felmérések a 65 év felettiek 13%-os relatív szegénységi rátáját mutatják

jóval az EU átlaga fölötti, 2004-2050 között a GDP 6,7%-ával fog emelkedni. A szolgálatközi csoport (Inter-service Group, ISG) számításai szerint a leendő helyettesítési arány (ideértve a kötelező rendszer két rétegét) várhatóan többé-kevésbé állandó marad az átlagos bérezésű munkavállalók esetében (nagyjából 100% nettó helyettesítési arány a 40 éves pályafutást követően 65 évesen nyugdíjba vonulóknál, és nagyjából 80% a 38 év után 62 évesen nyugdíjba menőknél).

A 2006-os közös jelentés körvonalazza a Magyarország előtt álló kihívásokat, ami konkrétan annak biztosítása, hogy valamennyi állami rendszeren belüli munkavállalók - különösen a mezőgazdasági termelők - megfelelően biztosítva legyenek, valamint javuljon a foglalkoztatás, különösen az idősebb munkavállalók esetében. Az utóbbi években ugyan nem erőltettek semmilyen komoly reformot, a magyar hatóságok jelentése szerint azonban tettek lépéseket annak érdekében, hogy az önálló mezőgazdasági termelőket is bevonják a biztosítási rendszerbe. Az idősebb munkavállalók foglalkoztatottsága hasonlóan alacsony, 2000 óta azonban jelentősen növekedett, tavaly például 2%-kal.

A magyar nyugdíjrendszer reformja 1997 óta zajlik, ami az állami nyugdíjrendszer átalakítását és egy kötelező tőkefedezeti rendszer bevezetését tartalmazza; az önkéntes tőkefedezeti pillér 1993-ban jött létre. A tőkefedezeti rendszer bevezetése átállási költségeket eredményezett, amelyek jelentős kihívás elé állítják az államháztartás fenntarthatóságát. A korai nyugdíjazás kiterjedésének korlátozása érdekében további reformokra lesz szükség, hiszen a lakosság 94%-a a hivatalos nyugdíjkorhatár előtt vonult nyugdíjba (2004-ben). A magyar közigazgatás jelentése szerint tettek kezdeményezéseket ennek csökkentésére, ezek azonban szoros monitorozást fognak igényelni. A nyugdíjak kiszámítási módjában 2013-tól bevezetendő lineáris növekedési ráta nagyobb ösztönzést fog jelenteni a munkában töltött évek meghosszabbítása érdekében és igazságosabb lesz, bár a folyamatot lehetne gyorsítani.

Az idősebbek általánosságban majdnem az aktív lakossághoz hasonlítható jövedelmet élveznek. A megreformált rendszer szerint azonban a hozzájárulások szorosabban kötődnek a juttatásokhoz, így a munkanélküliség magas szintje, valamint a hiányos munkanyilvántartások összevetve azzal, hogy a hozzájárulok jelentős hányada alacsony keresetű (az összes hozzájárulás 30%-a minimálbérből származik) azt sugallják, hogy valószínűleg megfelelőségi nehézségek fognak megjelenni a jövőben, 2010 után.

5. Egészségügyi ellátórendszer és tartós ápolás 5.1.

Egészségügyi ellátórendszer

A rendszer leírása: Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) - az egészségügy fő megrendelője - igazgatja a kötelező egészségbiztosítási rendszert, amely általános hozzáférést biztosít az átfogó ellátáshoz. Az alapellátás és a szakellátás biztosítása a települések és a helyi önkormányzatok feladata, és javarészt ők az alapellátási helyszínek, a szakrendelők és a kórházak tulajdonosai is. Magánszolgáltatókat is megbízhatnak a szolgáltatásokkal. Mind a magán mind az állami járó- és fekvőbeteg-ellátók szerződést kötnek az OEP-pel, amely az összes műveleti költséget megtéríti, a működési költségeket azonban nem. A háziorvosok független vállalkozók, a helyiséget és a felszerelést tipikusan az önkormányzattól bérlik, amely meghatározza körzetüket. Az anyák és gyermekek egészségügyi szolgáltatásait képzett ápolók, védőnők végzik. Az iskolai egészségügyi szolgáltatások sajátos formája az orvosi ellátásnak. A szakorvosi és a kórházi ellátáshoz háziorvosi beutalóra van szükség, ám gyakran megkerülik ezt a kapuőr-rendszert. A szakorvosi és kórházi ellátás helyszínei a kórházak és a szakorvosi rendelők. A háziorvosokat kiigazított fejkvóták alapján vagy - amennyiben teljes mértékben magánszolgáltatást nyújtanak - szolgáltatási díjakkal finanszírozzák. A

járóbetegekkel foglalkozó szakorvosokat teljesítési pontok révén finanszírozzák, míg a fekvőbeteg-ellátás visszaigénylését (akut esetben) diagnózis alapján rokonított betegségcsoportok alapján, illetve (hosszú távú ellátás esetén) napok alapján számolják ki. A szakorvosok általában alkalmazásban állnak. Az állami intézmények dominanciája ellenére néhány szakorvosi területen jelentős a magántulajdonú intézmények aránya (dialízis, csúcstechnikát felhasználó diagnosztika, fogorvosi szakma). A rendszert egy e célra elkülönített járulék segítségével finanszírozzák a foglalkoztatók (a bruttó munkabér 11%-a), a foglalkoztatottak (a bruttó munkabér 6%-a) és az önálló vállalkozók révén, valamint a kormány és a helyi önkormányzatok hozzájárulásaival. A gyógyszerekre térítési díj vonatkozik (2002-ben a teljes egészségügyi kiadás 27,6%-át gyógyszerre fordították). Megszokott a nem hivatalos fizetés, vagyis a hálapénz. A kiegészítő magán egészségbiztosítás igénybe vétele elhanyagolható. A lakosság rossz egészségi állapotát, a hozzáférés akadályait és a jobb forráselosztás egyértelmű szükségességét felismerve a hatóságok folytatni kívánják a 2005-ös „21 lépés" programot, mégpedig alapos átszervezés révén a hatékonyság javításával, a biztosítási elv komolyabb hangsúlyozásával és a kapacitás-átalakítással.

Hozzáférés: A nagy lefedettség ellenére is vannak regionális egyenlőtlenségek az egészségügyi szolgáltatások eloszlásában: a létesítmények a nagyvárosokban összpontosulnak, néhány hátrányos helyzetű vidéki térségben hiány van háziorvosokból és szakorvosokból, illetve jelentősek a kórházak kapacitásban mutatkozó különbségei. A szolgáltatásnyújtás hiányosságai és átfedései akadályozzák a hozzáférést. A jelentés rámutat az ambuláns ellátáshoz való hozzáférés terén létező földrajzi egyenlőtlenségekre is. Magas az azonnali fizetések aránya (a teljes egészségügyi kiadás 25,1%-a), és mindez növekedést mutat, javarészt a gyógyszerek térítési díja és a nem formális fizetések miatt. A sürgősségi ellátás törvényileg ingyenes a teljes lakosság számára. A sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés javítása érdekében növelték az ambuláns kapacitást és a lefedettséget, azonban további beruházásokra van szükség. Az egészségi különbségek csökkentése érdekében javítani kell a hátrányos helyzetű csoportok (pl. romák, fogyatékkal élők, szegények, munkanélküliek vagy hajléktalanok) hozzáférését a megelőző és az egészséghelyreállító ellátáshoz. A reform keretében stratégiai cél egy általános egészségügyi szolgáltatásokból álló alapcsomag bevezetése, valamint a fekvőbeteg-ellátásra fordított összegek növelése.

Minőség: Léteznek minimális minőségi kritériumok, ellátási és szolgáltatási standardok valamint szakmai iránymutatások, valamint javult a szolgáltatók akkreditációs programja is. Az ellátási igények meghatározása érdekében felmérésekre került sor, és kialakítottak egy szükségletalapú megközelítést. A minőség javítása egy meghatározott mutatókon és adatbázisokon alapuló monitoring- és értékelő rendszer megvalósítására is ki fog terjedni. A hatóságok az információs és kommunikációs technológiák szélesebb körű felhasználását tervezik. Az egészségügyi ágazatban az átlagos bér még mindig alacsonyabb, mint a legtöbb más gazdasági ágazatban, jóllehet 2002-ben átlagosan 50%-kal megemelkedett. **Számos intézkedésre kerül(t) sor az adminisztratív kapacitás javítása érdekében** (a közösségi cselekvés erősítése az egészségbarát település mozgalom fejlesztésével, vagy a népegészségügyhöz kapcsolódó kutatások kiterjesztése). A páciens szabadon választhat háziorvost, és hathavonta válthat. A szolgáltatásokról való visszacsatolás érdekében elégedettségi felmérésekre kerül sor. A jelentés kijelenti továbbá, hogy az orvosi felszerelés és az infrastruktúra rossz állapotban van, és kockázatot jelenthet az ellátás biztonsága és az egészségügyben dolgozók munkafeltételei szempontjából. A hatóságok elégedettek az elért immunizációs aránnyal (védőoltások).

Hosszú távú fenntarthatóság: Az egészségügyi ellátásra fordított kiadás a GDP-hez viszonyított arány szempontjából (2004-ben 8,4%, vásárlóerő-paritáson mérve fejenként 1334

$) megfelel az EU átlagának[70], azonban az új tagállamok között a legmagasabbak közé tartozik és lassan növekszik (1998-ban 7,3%, 2002-ben 7,8%). Ezen belül a népegészségügyre fordított rész (a teljes egészségügyi kiadás 71,8%-a) jelentősen csökkent az utóbbi évtizedben. A központi költségvetés legfontosabb hozzájárulása az OEP költségvetési hiányának ellensúlyozása, amely folyamatosan növekszik, és súlyos pénzügyi terhet ró az államháztartás fenntarthatóságára. Az OEP kiadásainak csökkentésére fokozni kívánják az OEP-től visszatérítést kapó egészségügyi szolgáltatók közötti versenyt és 2007. február 15-től bevezették a vizitdíjat és a kórházi napidíjat. Az új rendszerben az OEP nem fog tényleges szükségleteinél több szolgáltatást vásárolni, valamint létrejön egy egészségbiztosítási hatóság. A lakosság egészségi problémái súlyos pénzügyi terhet alkotnak, amelyet csak súlyosbít az alacsony jövedelemadó-alap és a széles körű adókijátszás. A fenntarthatóság elé további kihívást állít az öregedés (az EU Gazdaságpolitikai Bizottsága szerint az állami egészségügyi ellátás kiadásai várhatóan a GDP 1 százalékpontjával növekszenek 2050-ig), az alacsony foglalkoztatási ráta, a korai nyugdíjbavonulás és a magas megbetegedés! arány, mivel ezek mind korlátozzák a befolyó összegeket. A fekvőbetegek szakorvosi ellátása és a gyógyszertámogatások rendszere két olyan terület, amely a kormány szerint az első szakaszban reformra szorul. Az EU-ban Magyarország az egyik legtöbb kórházi ággyal rendelkező ország (2001-ben 806,3/100000 lakos), és az ösztönzők továbbra is a kórházi ellátás nem megfelelő és túlzott igénybe vételét eredményezik. Ennek kezelésére a hatóságok szeretnék az aktív kórházi fekvőbeteg-ellátást felváltani napközbeni kórházi ellátással és járóbeteg-szakorvosi ellátással, valamint rehabilitációval, krónikus ellátással, esetlegesen otthoni ápolással, továbbá az alapellátás és a háziorvosok kapuőr-szerepének erősítésével. A reformtól azt is elvárják továbbá, hogy új ösztönzőket adjon a gyógyszerek felírására, szigorúan ellenőrizze a rendszert és felelősebb gyógyszerészeti irányítást hozzon létre. A jelentés rámutat arra, hogy az emberi erőforrások kapacitásának szerkezete hiányos és pazarló. Nem elhanyagolható továbbá a szakképzett személyzet nemzetközi migrációja sem. A jelentés megfogalmazza egy átfogó emberi erőforrás-stratégia szükségességét. Különféle támogató és megelőző intézkedések vannak folyamatban, mint például átfogó szűrőprogramok különféle célcsoportok számára, a dohányzásfüggőség kezelése, népegészségügyi képzés a személyzetnek, továbbá az **egészséges életmódot népszerűsítő kampányok valamennyi korcsoporthoz tartozó nők és férfiak számára.**

5.2. Tartós ápolás

A rendszer leírása: A szociális ellátó intézmények különböző jellegűek és finanszírozásúak. Mind az egészségügyi mind pedig a szociális ágazat nyújt tartós ápolási szolgáltatásokat. Az önkormányzatok - jórészt otthoni segítség révén - fontos szerepet játszanak a szolgáltatások nyújtásában/megrendelésében. A szociális szolgáltatások finanszírozása elkülönített központi költségvetési támogatás formájában történik. Az intézményi keret krónikus és ápolási részlegeket, valamint bentlakásos szociális intézményeket tartalmaz, amelyeket az önkormányzatok tartanak fönn. A gyakorlatban a kórházak is nyújtanak tartós ellátást az aktív ellátási ágazatban. Idősebb lakosoknak nem kormányzati és vallásos szervezetek is nyújtanak tartós és átmeneti személyre szabott ápolási ellátást. A családi hozzátartozójukat ápoló személyek ápolási díjat igényelhetnek a helyi hatóságoktól, amely nem lehet alacsonyabb az öregségi nyugdíj legkisebb összegének 80%-ánál. További juttatás az időskori támogatás és a lakásfenntartási támogatás.

Hozzáférés: A hatóságok hangsúlyozzák, hogy a tartós ápolás fejletlen és kórházközpontú. A napközi és bentlakásos ellátás nem kielégítő kapacitása, az ápolási ellátásra való hosszú

[70] Az EU átlaga 2004-ben a GDP 8,87%-a, vásárlóerő-paritáson mérve fejenként 2376,33 $ volt.

várakozási idők és a földrajzi egyenlőtlenségek az aktív kórházi ágyak krónikus betegek számára történő túlzott felhasználásához vezet. Ennek kezelésére a hatóságok az otthoni ellátás és segítség fokozásával, illetve a túlzott aktív kapacitás tartós ápolási kapacitássá történő átalakításával szeretnék fokozni a szolgáltatást. A földrajzi egyenlőtlenségek a kapacitásszabályozó rendszer bevezetésével csökkenthetnék. Új öregségi részlegeket terveznek és a napközi ellátást nyújtó kórházakban is nyújtani fognak öregségi szolgáltatásokat. Rehabilitációs ellátást is a napközi ellátást nyújtó kórházakban vagy otthon fognak nyújtani.

Minőség: A jelentés szerit a tartós ápolás modernizálásra szorul. Standardokon és minőségi protokollokon kívül a személyzet képzésére és betegkövetési rendszerre is szükség van. Tervezik a szociális létesítmények nyilvántartásba vételét és egy országos kapacitásfigyelő rendszer létrehozását. Cél egy kérésre igénybe vehető speciális otthoni segítőrendszer kialakítása, amely a lehető leghosszabb ideig lehetővé teszi az időseknek, hogy otthonukban maradjanak.

Hosszú távú fenntarthatóság: A hatóságok keresik a tartós ápolás finanszírozásának útját, amely jelenleg túlságosan is a kórházaktól függ. Az egészségügyi és a szociális *ágazat* jobb összehangolását és differenciált finanszírozási rendszert terveznek. Különböző érdekelt felek bevonásával létrejövő ápolóhálózatok kialakításával kívánják erősíteni a regionális koordinációt. A hatóságok prioritása, hogy explicit és fenntartható tartós ápolási csomagot határozzanak meg annak érdekében, hogy az öregedő népesség számára elfogadható szolgáltatást biztosítsanak.

6. Kihívások:

- Az aktív befogadás előmozdítása a szociális ellátórendszer reformjával, többek között a korai nyugdíjba vonulás fokozott korlátozásával és a megfelelőségi kritériumok felülvizsgálata révén a rokkantsági nyugdíjakra fordított összegek csökkentésével, az átfogó rehabilitáció feltételeinek biztosításával és a munkaerőpiacon maradás érdekében további ösztönzők bevezetésével.

- A költségvetési megszorítások közepette - különösen a roma kisebbség körében - a szegénység és a kirekesztés elleni küzdelemre szánt források szintjének fenntartása.

- A társadalmi összetartozási szakpolitikák kormányzásának megerősítése a monitorozás javításával, valamint a civil társadalom - különösen a politikák megvalósításába történő - bevonásával.

- A nyugdíjrendszer hosszú távú fenntarthatóságának javítása és a nyugdíjak megfelelőségének biztosítása, különösen a hozzájárulások kijátszásának csökkentésére irányuló végrehajtó intézkedésekkel és a magán tőkefedezeti rendszer felé történő részleges elmozdulásból eredő átmeneti költségek hatékony kezelésével.

- Az egészségügyi ellátás reformjának végrehajtása, orvosi, szociális és pénzügyi hatásainak figyelemmel kísérése és a népesség egészségi állapotának javítása az egészséges életmód és a betegségmegelőzés népszerűsítésével.

- Az alapellátás erősítése (a háziorvosok számának növelése és az alapellátás eloszlásának javítása, valamint népszerűsítő és megelőző szerepének előmozdítása) és a háziorvosok beutaló és kapuőr-szerepének szigorúbbá tétele, az ellátás pénzügyi terheinek könnyítése

különösen a hátrányos helyzetű csoportok esetében (egészségi egyenlőtlenségek csökkentése) valamint a betegutak átláthatóságának javítása.

A tartós ápolás, különösen az otthoni ápolás erősítése.

Hungary: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate*	GDP per capita**
2000	8.1	53.9
2002	4.3	59.1
2004	4.9	61.3
2006	4.0f	63.6f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	56.3	63.1	49.7	33.5	22.2
2002	56.2	62.9	49.8	28.5	25.6
2004	56.8	63.1	50.7	23.6	31.1
2005	56.9	63.1	51	21.8	33

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	6.4	7	5.6	12.4
2002	5.8	6.2	5.4	12.7
2004	6.1	6.1	6,1	15.5
2005	7.2	7	7.4	19.4

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per cap ita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	65.3	74.5	12.1	15.8	n/a	n/a	10.7
2000	67.4	75.9	12.7	16.5	n/a	n/a	9.2
2004	68.7sp	77.2sp	13.4sp	17.3sp	53.5p	57.8p	6.6

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop.
1995	7.5	84			
2000	7.1	70.7	26.3	100	Negligible
2004	8.4	71.8	25.1		

p: provisional

*THE: Total health expenditures

**PHI: Private Helath Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2000	19.3	41.4	27.9	4	13.2	3.8	9.6
2004	20.7	42.5	29.5	2.9	12.1	2.6	10.3

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since: Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	22.8				
2010	24.3	0.3			
2030	35.1	2.8	3.1	0.8	
2050	48.3	7	6.7	1.0	

Hungary: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk-of-poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	13pb	20pb	12pb	13pb	6pb	19pb	19pb	18pb	20pb	9pb	**Total**	4.0pb
Male	14pb	-	12pb	13pb	4pb	19pb	-	20pb	21pb	8pb	**Male**	-
Female	13pb	-	12pb	13pb	8pb	18pb	-	18pb	19pb	11pb	**Female**	-

	People living in jobless households: Children Total	% of people aged 18-59*: Total	Male	Female
1999	15.5	14.2	12.8	15.6
2004	13.2	11.9	11.1	12.7
2006	13.3	11.6	10.6	12.6

	Long-term unemployment rate (% of people aged 15-64): Total	Male	Female
1999	3.3	3.7	2.9
2004	2.7	2.8	2.6
2005	3.2	3.2	3.2

	Early school-leavers (% of people aged 18-24): Total	Male	Female
1999	13	13.3	12.7
2004	12.6	13.7	11.4
2005	12.3	13.5	11.1

** excluding students; p: provisional; b: break in series*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	1.009b	1.071b	0.971b	***Aggregate replacement ratio***	0.611b	0.6b	0.638b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Current estimate (2002)	Assumption
-4	11	11	DB and DC			100		26.5		

**(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

MALTA

1. Is-sitwazzjoni u t-tendenzi ewlenin:

L-ekonomija Maltija espandiet b'pass regolari f'dawn l-aħħar snin, wara li esperjenzat tkabbir negattiv fl-2003. Fl-2005, il-PGD kiber bi 2.2% u l-previżjoni għall-2006 hija ta' 2.3%. Ir-rati ta' attività u ta' l-impjiegi (speċjalment għan-nisa) jibqgħu baxxi meta pparagunati mal-medji ta' l-UE-25 (53.9%), bl-ebda bidla konsiderevoli f'dawn l-aħħar snin. Ir-rata ta' l-impjiegi fost in-nisa żdiedet għal 33.7% fl-2005 filwaqt li r-rata tal-ħaddiema aktar anzjani naqset għal 30.8%; dan jikkuntrasta mal-mira ta' Liżbona ta' 50% fl-2010. Ir-rata tal-qgħad tibqa' relattivament baxxa meta pparagunata mal-medja ta' l-UE; wara li żdiedet b'mod regolari, fl-aħħar sentejn ir-rata tal-qgħad naqset għal 7.3% fl-2005. B'kuntrast, ir-rata tal-persuni li ilhom ħafna qiegħda baqgħet stabbli f'dawn l-aħħar snin, fejn baqgħet taħt il-medja ta' l-UE. L-impjiegi fost iż-żgħażagħ, għalkemm naqsu f'dawn l-aħħar snin (52.8% fl-2000), mhumiex emerġenza, ladarba r-rata fl-2005 kienet ta' 45.3% - ferm 'il fuq mill-medja ta' l-UE.

L-aspettattiva tal-ħajja mat-twelid (75.9 għall-irġiel u 81 għan-nisa fl-2002) hija ekwivalenti għall-medja ta' l-UE fl-2002 (75 u 81.2), fejn żdiedet b'sena għall-irġiel u b'sentejn għan-nisa f'inqas minn għaxar snin (meta pparagunati ma' 74.9 u 79.5 fl-1995) u turi żjieda konsistenti maż-żmien (68.4 u 72.56 fl-1970). L-aspettativa ta' ħajja b'saħħitha (65.1 u 65.7 fl-2002) hija ftit ogħla mill-medja ta' l-UE fl-2002 (64.3 u 65.8) għall-irġiel u fil-medja għan-nisa. Is-sistema tal-protezzjoni soċjali, flimkien ma' rwol attiv min-naħa ta' l-NGOs u rabtiet b'saħħithom fil-familji u fil-komunità, jispjegaw il-livell baxx ta' faqar f'Malta. Il-perċentwali tal-persuni li jinsabu f'riskju ta' faqar hija ta' 15%, ftit taħt il-medja ta' l-UE. Ikun xi jkun il-każ, in-nefqa għall-protezzjoni soċjali f'dawn l-aħħar snin żdiedet, fejn laħqet it-18.5% tal-PGD fl-2004. Il-ġenituri, raġel jew mara, li jrabbu t-tfal waħidhom (*single parents*), il-persuni qiegħda, it-tfal, il-persuni li għandhom 65 sena u aktar u l-persuni li joqogħdu f'dar mikrija huma dawk li jinsabu f'riskju akbar ta' faqar. Ir-rata ta' l-istudenti li jitilqu kmieni mill-iskola tibqa' l-ogħla fl-UE (41.2% fl-2003), imma qed turi tendenza sew 'l isfel (minn 52.7% fl-2002); ir-rata tirreferi għall-età tat-tluq mill-iskola relattiva għad-dispożizzjonijiet legali ta' pajjiż.

Malta hija mistennija li tesperjenza tendenzi demografiċi simili għall-parti l-kbira ta' l-Istati Membri l-oħra, minħabba tnaqqis fir-rata tal-feritilità. Il-proporzjon tad-dipendenza ta' l-anzjani (19% fl-2004) hija aktar baxxa mill-medja fl-UE ta' 25% u hija projettata biex tiżdied bl-istess pass bħal fl-UE kollha (41% u 52% rispettivament) sa l-2050. It-tendenzi demografiċi jindikaw tixjiħ gradwali bil-mod tal-popolazzjoni b'aspettattiva tal-ħajja ta' 76.7 għall-irġiel u 80.7 għan-nisa, u rata ta' fertilità li qed tonqos. Il-proporzjon demografiku jiġi affetwat ukoll miż-żjieda fl-immigrazzjoni. Skond l-istimi, huwa probabbli li n-nefqa għall-protezzjoni soċjali fuq il-kura tas-saħħa sa l-2050 se tiżdied (+1.8%); madanakollu, in-nefqa għall-pensjonijiet pubbliċi għandha tkun ikkumpensata minn rata ogħla ta' impjiegi (ġenerali u tal-ħaddiema aktar anzjani), biex b'hekk tkun limitata għal 7.0% tal-PGD mis-7.4% fl-2004.

2. Il-metodu strateġiku ġenerali:

Il-Metodu Strateġiku: Il-Gvern Malti kkonferma l-impenn tiegħu li jiżgura protezzjoni soċjali u adegwata u jikkonsolida l-koeżjoni soċjali. L-erba' pilastri ta' l-istrateġija Maltija huma ż-żjieda fir-rata totali ta' l-impjiegi (b'attenzjoni speċjali għal miżuri li jiffavorixxu l-parteċipazzjoni tan-nisa) billi jinvesti fil-kapital uman, it-tisħiħ tas-sistema ta' għajnuna soċjali permezz tar-riforma tal-pensjonijiet, it-titjib ta' l-aċċess għas-servizzi tal-kura tas-saħħa u l-garanzija ta' servizzi tas-saħħa ta' kwalità għal kulħadd. L-istrateġija hija biżżejjed ambizzjuża u ffokata tajjeb fuq il-prijoritajiet ewlenin għal Malta, b'metodu komprensiv

tajjeb. Barra minn hekk, l-ewwel parti tad-dokument tagħmel enfasi fuq l-impjiegi bħala kwistjoni ewlenija li tqarreb l-iżvilupp ekonomiku u dak soċjali. It-tkabbir ekonomiku u impjiegi aħjar huma ż-żewġ pernijiet tal-politika ekonomika u soċjali kurrenti ta' Malta. F'dan ir-rigward, hemm rabta ċara u viżibbli ma' l-istrateġija ta' Liżbona u ma' l-NRP, biex tkun żgurata l-koerenza meħtieġa bejn iż-żewġ strateġiji. L-għanijiet ġenerali għall-protezzjoni soċjali/inklużjoni soċjali jkunu indirizzati b'mod korrett, b'involviment estensiv min-naħa tal-partijiet interessati l-oħra fil-proċess. Rigward is-sess, l-istrateġija tagħti kontribuzzjoni importanti għall-promozzjoni tal-parteċipazzjoni tan-nisa fl-impjiegi b'miżuri komprensivi.

Ir-rapport dwar l-istrateġija juri anki xi punti dgħajfa. Hemm ftit kwantifikazzjoni tar-riżultati mistennija u ma tantx ġew provduti indikaturi. Is-sinerġiji u l-konnessjonijiet fost it-tliet oqsma (l-inklużjoni soċjali, il-pensjonijiet u l-kura tas-saħħa) jistgħu jiġu esplojtati aktar. Ir-referenzi għall-pjan preċedenti fit-test ewlieni huma ferm limitati, u mhemm l-ebda eżerċizzju dwar l-"esperjenzi miksuba"; aġġornament dettaljata tan-NAP preċedenti jinsab f'taqsima għaliha waħidha fl-anness.

3. L-inklużjoni soċjali:

3.1 It-tendenzi ewlenija

Is-sitwazzjoni f'Malta hija karatterizzata minn progress bil-mod dwar uħud mill-kwistjonijiet ewlenija relatati ma' l-għanijiet ta' Liżbona. Dan huwa rifless prinċipalment f'rati baxxi ta' impjiegi u ta' attività meta pparagunati mal-medji ta' l-UE-25. It-tendenza tul dawn l-aħħar snin kienet waħda stabbli, bi tnaqqis ċkejken fir-rata ta' l-impjiegi minn 54.4% fl-2002 għal 53.9% fl-2005. Il-ħtieġa li jitnaqqas id-deficit pubbliku u d-domanda li probabbilment se tikber għal nefqa soċjali akbar minħabba t-tixjiħ iprojettat tal-popolazzjoni, kif ukoll il-qgħad, inevitabbilment iqiegħdu pressjonijiet kunfliġġenti fuq is-sistema tal-protezzjoni soċjali.

B'dan l-isfond, il-kisba tal-mira ta' Liżbona dwar l-impjiegi qed tkun sfida mhux ħażin, b'mod partikolari fejn għandha x'taqsam ir-rata ta' l-impjiegi fost in-nisa, li hija l-aktar waħda baxxa fl-UE. Għalkemm f'dokumenti ta' strateġija differenti (NRP, NSRF) il-Gvern ikkonferma li jqis din il-kwistjoni bħala prijorità, iż-żjieda fil-parteċipazzjoni tan-nisa fil-forza tax-xogħol kienet pjuttost modesta f'dawn l-aħħar ftit snin, minn 33.1% fl-2000 għal 33.7% fl-2005. Il-parti l-kbira tan-nisa jfittxu x-xogħol meta jkunu għadhom żgħar, imma ħafna jieqfu jaħdmu meta jkollhom jieħdu ħsieb tfal żgħar, u wara mhux kollha jirritornaw għad-dinja tax-xogħol. In-numru ta' impjiegi tal-persuni aktar anzjani hija wkoll kwistjoni li tqajjem tħassib, peress li huwa l-aktar wieħed baxx fl-UE: wara żjieda gradwali bejn l-2000 u l-2003, fl-2005 in-numru reġa' niżel għal 30.8%. Ir-rata tal-qgħad tibqa' relattivament baxxa meta pparagunata mal-medja ta' l-UE; wara żjieda stabbli matul is-snin preċedenti (minn 6.7% fl-2000 għal 7.6% fl-2003), fl-aħħar sentejn ir-rata tal-qgħad naqset, fejn reġgħet lura għal 7.3% fl-2005. Ir-rata ta' dawk li ilhom ħafna qiegħda baqgħet stabbli f'dawn l-aħħar snin, fejn laħqet it-3.4% fl-2005, li għadha taħt il-medja ta' l-UE.

Dawn il-figuri jenfasizzaw ukoll għaliex il-perċentwali tal-persuni li jgħixu fi djar mingħajr impjiegi hija komparattivament baxxa: kienet 8.2% fl-2005, fejn irriżultat fi tnaqqis ċkejken minn 8.6% fl-2004, filwaqt li l-medja ta' l-UE hija ta' 10.2%. It-tendenza hija simili meta jitqiesu t-tfal li jgħixu fi djar mingħajr impjiegi, anki jekk ir-rata hawnhekk hija eqreb tal-medja ta' l-UE (8.9% meta pparagunata ma' 9.6% għall-UE-25). Għalkemm f'dawn l-aħħar snin l-impjiegi fost iż-żgħażagħ naqsu (52.8% fl-2000), mhemm l-ebda emerġenza: ir-rata fl-2005 kienet ta' 45.3%, ferm 'il fuq mill-medja ta' l-UE. Għal diversi snin, il-Gvern Malti ta importanza kbira lill-edukazzjoni u lit-taħriġ, sabiex jiġġieled l-illiteriżmu u jgħolli l-livell

ġenerali ta' l-edukazzjoni. Id-data dwar l-istudenti li jitilqu kmieni mill-iskola, b'mod partikolari, tħasseb; b'rata ta' 42.1%, Malta għandha l-ogħla perċentwali fl-UE ta' studenti li jitilqu kmieni mill-iskola. Madanakollu, it-tendenza f'dawn l-aħħar snin hija pożittiva, bin-numru ta' l-istudenti li jitilqu kmieni mill-iskola gradwalment jaqa' bħala riżultat dirett ta' l-attenzjoni speċjali kollha li l-Gvern Malti ta lil din il-kwistjoni.
Rigward is-segmenti tal-popolazzjoni f'riskju ta' faqar, skond id-data ta' l-2000, ir-rata totali hija ta' 15% - eżattament taħt il-medja ta' l-UE (16%); it-tfal u l-persuni li għandhom aktar minn 65 sena huma l-kategoriji l-aktar vulnerabbli (21% u 20% 'il fuq mill-medja ta' l-UE rispettivament). Is-sistema mifruxa tal-protezzjoni soċjali tassorbixxi 18.5% tal-PGD; din il-figura, flimkien mar-rwol attiv li għandhom l-NGOs u r-rabtiet qawwija fil-familja u fil-komunità, jispjegaw ir-rata baxxa ta' faqar. Madanakollu, id-dinamika demografika, flimkien mat-tkabbir ekonomiku fqir u d-deficits fiskali kbar reċenti, qed jagħmlu pressjoni fuq is-sostenibbiltà tas-sistema tal-protezzjoni soċjali. Ġiet rikonoxxuta l-ħtieġa għal riforma u l-proċess inbeda.

3.2 L-Isfidi u l-Prijoritajiet Ewlenija:

Is-Strateġija Nazzjonali Maltija tidentifika l-prijoritajiet li ġejjin bħala l-pilastri ewlenija tagħha: iż-żjieda tar-rata totali ta' l-impjiegi (b'attenzjoni speċjali għal miżuri li jiffavorixxu l-parteċipazzjoni tan-nisa u li x-xogħol irendi), il-ġlieda kontra l-illiteriżmu, l-appoġġ għall-edukazzjoni, għat-taħriġ u għat-tagħlim matul il-ħajja, it-tisħiħ tas-sistema ta' l-għajnuna soċjali permezz tar-riforma tal-pensjonijiet, it-titjib ta' l-aċċess għas-servizzi tas-saħħa u tal-kwalità tas-servizzi provduti. Il-pjan huwa għalkollox konsistenti ma' l-NRP u fid-dokument jissemma wkoll l-użu ta' l-ESF sabiex ikunu appoġġjati l-attivitajiet.

B'mod ġenerali, l-istrateġija tispjega li Malta għaddejja minn riforma komprensiva, immarkata minn bidla mill-provvista tal-Gvern għal enfasi dejjem akbar fuq ir-responsabbiltajiet ta' l-individwu. L-istrateġija għall-impjiegi ta' Malta tindirizza b'mod partikolari l-ħtieġa li jiżdied l-aċċess għall-impjiegi permezz ta' l-introduzzjoni ta' forom aktar flessibbli ta' xogħol, u permezz tal-provvista ta' servizzi li għandhom l-għan li jirrikonċiljaw il-familja u x-xogħol. Minbarra miżuri attivi, il-Gvern Malti biħsiebu jagħmel taqliba fl-interazzjoni bejn it-taxxi u l-benefiċċji, sabiex ikun żgurat impatt pożittiv fuq is-suq tax-xogħol.

Sabiex ikunu indirizzati dawn l-isfidi, il-pjan jidentifika erba' prijoritajiet ewlenin u ġenerali tal-politika, jiġifieri: 1) tingħata s-setgħa lill-koeżjoni soċjali, 2) il-bini ta' komunitajiet aktar b'saħħithom, 3) it-tisħiħ tas-settur tal-volontarjat u 4) in-netwerking tas-settur ta' l-għajnuna soċjali. L-istrateġija li ġiet deskritta hawnhekk hija allinjata sew ma' l-għanijiet ġenerali tal-politika soċjali ta' l-UE, u b'mod ġenerali tindirizza s-seba' politiki ewlenija ta' l-UE. Madanakollu, ir-rapport dwar l-istrateġija huwa karatterizzat minn xi punti dgħajfa. Id-dokument mhux ċar ħafna dwar il-modi dettaljati ta' kif se jingħelbu l-isfidi differenti. Għalkemm hemm lista ferm twila ta' azzjonijiet deskritti fl-annessi, li jirreferu għal inizjattivi li għaddejjin u għal inizjattivi futuri flimkien ma' inizjattivi potenzjalment iffinanzjati mill-UE, madanakollu d-dokument għandu t-tendenza li ma jolqotx rabta ċara bejn ir-rapport dwar l-istrateġija u l-proġetti differenti. B'mod partikolari, id-dokument ma fih l-ebda pjan li jidentifika l-miżuri speċifiċi li għandhom jiġu implimentati fis-setturi differenti, iż-żmien magħżul, ir-riżorsi finanzjarji, ir-riżultati mistennija u l-indikaturi. B'mod partikolari, in-nuqqas ta' indikaturi u ta' għanijiet kwantifikati huwa punt ewlieni, għaliex jirriskja li jdgħajjef l-evalwazzjoni futura tal-miżuri. Is-sinerġiji u l-konnessjonijiet bejn il-linji individwali (l-inklużjoni soċjali, il-pensjonijiet u l-kura tas-saħħa) mhumiex dejjem enfasizzati u spjegati biżżejjed; is-sinerġiji jeżistu u jistgħu jinstabu billi wieħed jaqra l-

partijiet differenti tad-dokument, imma l-impatt ta' l-attivitajiet speċifiċi tul il-linji differenti mhux spjegat b'mod adegwat.

Filwaqt li d-dokument dwar l-istrateġija huwa eżawrjenti meta jistabbilixxi l-firxa ta' soluzzjonijiet għal perjodu qasir u medju ta' żmien għall-problemi immedjati ta' Malta, tkun meħtieġa analiżi approfondita oħra biex dan jikseb metodu tabilħaqq multidmensjonali.

3.3 Il-miżuri tal-politika

F'dan il-kapitolu, l-istrateġija turi l-miżuri speċifiċi li għandhom l-għan li jrawmu l-inklużjoni soċjali. Il-kontenut ta' l-attivitajiet ippjanati huwa konsistenti ma' l-għanijiet ġenerali u l-metodu huwa komprensiv, billi jindirizzi kwistjonijiet li għandhom effetti ġenerali. Kif intqal qabel, mhemm l-ebda mira jew indikatur speċifiku f'dan il-kapitolu u ma jissemma l-ebda riżors finanzjarju allokat; dan il-punt speċifiku huwa punt dgħajjef ewlieni tad-dokument. Fil-proġetti waħdanija, il-kwistjonijiet tas-sess ma tantx tqisu. L-istrateġija għall-inklużjoni soċjali tiffoka prinċipalment fuq l-għoti tas-setgħa lit-tfal u liż-żgħażagħ u fuq l-infurzar mill-ġdid tal-komunità lokali u partikolarment permezz tat-tisħiħ tas-settur tal-volontarjat u tan-netwerking, sabiex tkun provduta l-prospettiva futura ta' soċjetà koeżiva miksuba permezz ta' metodu minn isfel għal fuq.

L-istrateġija tidentifika sett ta' miżuri għal kull waħda mill-prijoritajiet ewlenija. Taħt il-pirjorità 1, "L-Għoti tas-Setgħa lill-Koeżjoni Soċjali", l-enfasi tinsab fuq ir-riforma fl-edukazzjoni li saret; l-azzjonijiet għandhom l-għan li jegħlbu t-tluq kmieni mill-iskola, inaqqsu l-illiteriżmu u jtejbu l-edukazzjoni inklużiva u ta' kwalità. Id-dimensjoni ta' inklużjoni ta' l-azzjoni tal-Gvern hija preżenti fil-forma ta' miżuri li għandhom fil-mira ż-żgħażagħ b'livell baxx ta' ħiliet, jew liż-żgħażagħ bi ħtiġiet partikolari. Miżuri oħra se jindirizzaw id-drittijiet tat-tfal u l-protezzjoni tat-tfal. Taħt il-prijorità 2, "Il-Bini ta' Komunitajiet Aktar b'Saħħithom", l-attivitajiet suppost jibnu fuq il-karatteristika speċifika tas-soċjetà Maltija, imsejsa fuq ir-rabtiet fil-familja u fil-komunità. Il-ħtieġa li l-qafas politiku u legali meħtieġ lilhinn mill-leġiżlazzjoni eżistenti jiġi rinforzat sabiex ikunu salvagwardjati d-drittijiet ta' l-aktar vulnerabbli u tkun ipprevenuta l-esklużjoni soċjali, tingħata importanza partikolari. F'dan ir-rigward, l-istrateġija tiddefinixxi sett ta' miżuri biex jintlaħqu dawn l-għanijiet. Il-prijorità 3: It-tisħiħ tas-settur tal-volontarjat. Dan l-għan b'xi mod huwa konsistenti mal-prijorità 2, peress li l-organizzazzjonijiet ta' volontarjat jipprovdu appoġġ vitali għall-iżvilupp tal-komunitajiet lokali, fejn jiġi adottat metodu minn isfel għal fuq. Hawnhekk ukoll, l-azzjonijiet se jkunu orjentati lejn l-iżvilupp ta' l-istrutturi leġiżlattivi meħtieġa. In-netwerking tas-settur ta' l-għajnuna soċjali ġie identifikat mill-Gvern Malti bħala r-raba' prijorità, u jitqies bħala għodda organizzattiva biex tkun promossa trasformazzjoni ta' l-għajnuna soċjali.

3.4 Il-governanza:

Ingħatat attenzjoni biex ikun żgurat l-involviment estensiv ta' l-atturi u tal-partijiet interessati differenti kollha fil-preparazzjoni tad-dokumenti mill-istadju l-aktar bikri. Dan l-involviment ħa l-forma ta' seminar nazzjonali u ta' kwestjonarji lill-fornituri u lill-utenti tas-servizz. Id-dipartimenti pubbliċi, l-organizzazzjonijiet ta' volontarjat u l-pubbliku ġenerali kienu involuti fil-proċess ta' konsultazzjoni. Id-dokument jippreżenta wkoll xi indikazzjoni, għalkemm mhix eżawrjenti, ta' kif l-implimentazzjoni tad-diversi azzjonijiet tiġi mmonitorjata.

4. Il-pensjonijiet:

Fl-2003, il-persuni aktar anzjani kellhom standard ta' għajxien relattiv qrib ta' dak tal-popolazzjoni ġenerali (90%), filwaqt li r-riskju ta' faqar fost il-persuni aktar anzjani (20%)

kien ferm ogħla milli ġħall-popolazzjoni ta' taħt il-65 sena (14%). Ir-rata ta' l-impjiegi tal-ħaddiema aktar anzjani tibqa' f'livelli baxxi (30.8% fl-2005), ferm taħt il-mira ta' Liżbona ta' 50%.

Ir-Rapport dwar is-Sostenibbiltà ta' l-2006 ivvaluta lil Malta bħala Stat Medju b'riskju medju rigward is-sostenibbiltà tal-finanzi pubbliċi, b'mod partikolari minħabba l-pożizzjoni baġitarja kurrenti. Skond il-projezzjonijiet ta' l-AWG ġħall-2005, l-infiq pubbliku fuq il-pensjonijiet kellu jonqos bi ftit minn 7.4% tal-PGD fl-2005 ġħal 7.0% tal-PGD fl-2050, li jirrifletti l-fatt li skond regoli preċedenti l-indiċjar tal-pensjoni massima kien ibbażat biss fuq iż-żjieda fl-ġħoli tal-ħajja. Il-kalkoli tar-rati teoretiċi prospettivi ta' sostituzzjoni wrew ukoll li, fl-assenza ta' riforma, ir-rati grossi ta' sostituzzjoni jaqgħu mil-livell kurrenti ta' 72% ġħal 53% fl-2030 u 31% fl-2050 (nett: 88% kurrenti, 61% fl-2030 u 34% fl-2050).

Ir-Rapport Konġunt ta' l-2006 enfasizza li Malta kienet fin-nofs ta' proċess ta' riforma u enfasizza l-ħtieġa li jissaħħu l-inċentivi biex in-nies jaħdmu ġħal perjodu itwal ta' żmien u jkun żgurat dħul ta' sostituzzjoni adegwat, inkluż permezz ta' aċċess faċli ġħall-provvista ta' pensjoni. Wara proċess ta' konsultazzjoni li beda bit-tnedija ta' *White Paper* f'Novembru 2004, f'Marzu 2006 il-Gvern ħabbar riforma estensiva tal-pensjonijiet li ġiet promulgata mill-Parlament Malti. Filwaqt li l-Gvern ħabbar ukoll l-introduzzjoni fi stadju aktar tard ta' pensjoni oħra (skema okkupazzjonali mandatorja) li tiddependi mill-pożizzjoni fiskali, il-proposta tar-riforma kurrenti ġħandha taġħmel passi sinifikanti lejn l-adegwatezza billi tirriforma r-regoli ta' l-indiċjar u ssaħħaħ l-inċentivi biex in-nies jaħdmu ġħal perjodu itwal ta' żmien.

Il-pensjoni minima nazzjonali se tkun ikkalkulata b'rata ta' mhux inqas minn 60% tad-dħul medjan nazzjonali, li se jkun ikkapitalizzat kull sena u se jkun tradott fi tnaqqis sinifikanti tas-sitwazzjoni ta' faqar tal-pensjonanti. Barra minn hekk, is-sistema l-ġdida proposta tinkludi reviżjoni tal-kalkolu tal-pensjonijiet mandatorji kemm ġħall-persuni impjegati kif ukoll ġħal dawk li jaħdmu ġħal rashom: il-perjodu tal-kontribuzzjoni gradwalment se jiżdied minn 30 ġħal 40 sena, filwaqt li l-limitu massimu fuq il-pagamenti tal-pensjoni se jkun miżjud b'mod sinfikanti bejn l-2010 u l-2013 u minn dak iż-żmien 'il quddiem se jkun indiċjat kemm fuq il-prezzijiet (30%) kif ukoll fuq il-pagi (70%). Aktar minn hekk, l-età ta' l-irtirar ġħandha tiġi miżjuda gradwalment mis-60 sena ġħan-nisa u l-61 sena ġħall-irġiel ta' bħalissa ġħal 65 sena kemm ġħall-irġiel kif ukoll ġħan-nisa mill-2015 sa l-2027, filwaqt li ġħall-perjodi tal-kura tat-tfal ġħandhom jiġu introdotti l-krediti tal-pensjoni. Dawn il-miżuri se jikkontribwixxu ġħal żjieda fir-rati ta' l-impjiegi tal-persuni aktar anzjani u se jtejbu l-ugwaljanza bejn is-sessi.

Filwaqt li r-riformi reċenti jirrivedu l-kundizzjonijiet tal-ħruġ bikri permezz tal-pensjoni ta' l-invaliditá u jintroduċu aktar flessibilità ġħal dawk li jixtiequ jirtiraw qabel il-65, f'dawn l-aħħar snin ir-rati ta' l-impjiegi tal-ħaddiema aktar anzjani naqsu bi ftit; ġħalhekk jista' jkun hemm il-ħtieġa ġħal aktar passi rigward il-ħruġ kmieni mis-suq tax-xogħol. Ir-riformi kurrenti li ġew proposti se jkunu ġħalkollox effettivi biss jekk ikunu akkumpanjati minn strateġija effettiva u sostenibbli sabiex tikber il-parteċipazzjoni fis-suq tax-xogħol tal-ħaddiema aktar anzjani u sabiex jiżdiedu l-impjiegi b'mod ġenerali, filwaqt li ġħad irid jitqies safejn se tikkontribwixxi l-introduzzjoni ta' pensjoni oħra ġħal pensjonijiet adegwati u sostenibbli (partikolarment rigward l-aċċess).

5. Il-kura tas-saħħa u l-kura fit-tul

5.1. Il-Kura tas-Saħħa

Deskrizzjoni tas-Sistema: Sistema Nazzjonali tas-Saħħa (NHS) tipprovdi kura tas-saħħa pubblika komprensiva mingħajr ħlas fil-punt tal-konsenja lir-residenti kollha. Il-kura tas-

saħħa primarja (PHC) tiġi provduta permezz ta' tmien ċentri tas-saħħa li joffru firxa shiħa ta' servizzi preventivi, kurativi u rijabilitattivi. Flimkien mat-tobba tal-familji (GPs) u ma' l-infermieri wieħed jista' jsib diversi servizzi speċjalizzati (eż. qabel it-twelid, wara t-twelid, ġinekoloġija, fiżjoterapija, oftalmoloġija, psikjatrija u dijabete). Hemm sistema ta' referenza, għalkemm ta' spiss tinqabeż. Il-kura speċjalistika u fl-isptar tiġi provduta fl-isptarijiet pubbliċi. Flimkien mas-servizzi pubbliċi jeżisti settur privat li qed jikber (PHC u kura speċjalistika bażika għal pazjenti li ma jibqgħux l-isptar), u ħafna residenti jagħżlu li jinqdew bis-servizzi tiegħu. Il-parti l-kbira tat-tobba tas-settur pubbliku wkoll jaqdu lir-residenti privatament. It-tobba tas-settur pubbliku jitħallsu b'salarju filwaqt li t-tobba tas-settur privat jingħataw ħlas għas-servizzi tagħhom. Is-sistema hija ffinanzjata mit-tassazzjoni ġenerali. Uħud mit-tipi ta' mediċini, xi kura tas-snien u ta' l-għajnejn, huma disponibbli fuq bażi ta' test tal-mezzi (*means-tested basis)*. Madwar 25% tal-popolazzjoni jakkwistaw assigurazzjoni tas-saħħa privata volontarja għal pjanijiet ta' kura bażika. Meta jużaw is-settur privat, il-pazjenti jħallsu direttament minn bwiethom. L-awtoritajiet, flimkien mal-partijiet interessati ewlenija tal-pajjiż, irikonoxxew il-ħtieġa li jtejbu l-ugwaljanza fl-aċċess għall-kura, jippromwovu l-kwalità u l-eċċellenza u jissalvagwardjaw is-sostenibbiltà bħala l-prijoritajiet ewlenija.

L-aċċessibilità: Kura tas-saħħa pubblika komprensiva bla ħlas (inkluża l-kura preventiva bħat-tilqim tat-tfal) tikkontribwixxi biex tiżgura l-aċċess għal kulħadd. Dan jingħaqad mal-jedd permezz tat-test tal-mezzi (għal dawk li għandhom dħul baxx u għall-morda b'mod kroniku) għall-prodotti farmaċewtiċi, għall-kura tas-snien u ta' l-għajnejn, jiġifieri benefiċċji li huma eskluži mill-basket tal-kura tas-saħħa pubblika. Ir-rapport jiddikjara li popolazzjoni anzjana rriżultat f'domanda akbar għal ċerti proċeduri elettivi (eż. il-katarretti) u b'hekk listi ta' stenniji itwal u faċilitajiet ta' l-isptar ffullati żżejjed. L-awtoritajiet jantiċipaw li sptar ġdid u ġestjoni aħjar tal-faċilitajiet eżistenti se jipprovdu kura żejda u se jgħinu biex inaqqsu ż-żmijijiet ta' stennija. Il-kapaċità żejda għandha tkun maqgħuda ma' analiżi tal-listi ta' stennija u ma' sistema ġdida ta' ġestjoni tal-listi ta' stennija. Il-Gvern irid jiżgura prezzijiet aktar ġusti u aktar trasparenti għall-mediċini, inkluż billi jżid l-użu tal-mediċini ġeneriċi. Skema pilota "l-ispiżerija ta' l-għażla tiegħek" qed tiġi mnedija biex ittejjeb l-aċċess għall-mediċini. Diversi soluzzjonijiet ta' saħħa elettronika (il-portal tas-saħħa, ir-rekord elettroniku tal-pazjent) li ġew proposti għandhom itejbu l-informazzjoni lill-pazjenti u l-flussi tal-pazjenti mis-sistema.

Il-kwalità: Ir-rapport jiddikjara li l-isptar il-ġdid Mater Dei u faċilità ġdida ta' trattament tal-kanċer se joffru tagħmir mediku u ICT moderni/l-aktar aġġornati. Jindika wkoll li ġew implimentati numru ta' karti dwar il-kwalità tas-servizzi. L-awtoritajiet jenfasizzaw li l-abbozz tal-liġi futur dwar is-Servizzi tas-Saħħa se jiżgura li jiġu applikati standards uniformi fis-sistema kollha (forituri pubbliċi u privati). Il-forituri se jiġu inkoraġġiti biex jistabilixxu protokolli sistematiċi għall-kura tal-pazjenti sabiex itejbu s-sigurtà u r-riżultati kliniċi. Indikaturi paragunabbli jitqiesu bħala rilevanti sabiex jagħtu l-opportunità ta' teħid ta' deċiżjonijiet informati. Skond l-awtoritajiet, hemm firxa kbira ta' għażla għall-pazjenti u l-abbozz tal-liġi li ssemma aktar 'il fuq se jikkonsolida aktar id-drittijiet, ir-responsabbiltajiet u r-rappreżentazzjoni fi ħdan is-sistema tal-pazjent. Huwa ttamat li dan se jwassal għal użu aktar sensibbli tas-sistema. Il-pjan huwa li jintużaw servejs tal-popolazzjoni sabiex tkun immonitorjata s-sodisfazzjon dwar in-natura u l-kwalità tas-servizzi tas-saħħa, u l-forituri se jkunu meħtieġa jwettqu servej approfondit tal-fehmiet ta' l-utenti tas-servizz. L-awtoritajiet jistennew ukoll li s-soluzzjonijiet ta' l-ICT u tas-saħħa elettronika jistgħu jtejbu l-koordinazzjoni bejn il-PHC u l-kura sekondarja u jipprovdu lill-forituri b'informazzjoni aħjar. L-awtoritajiet huma sodisfatti li r-rati tat-tilqim se jgħinu biex itejbu l-kopertura tat-tilqim kontra l-influwenza u l-epatite B.

Is-Sostenibbiltà fit-Tul: In-nefqa totali ghall-kura tas-saħħa (9.27% tal-PGD u 1634.58 *per capita* PPP$ fl-2003) hija ftit akbar mill-medja ta' l-UE f'termini ta' PGD. In-nefqa pubblika tammonta ghal 78.19% tan-nefqa totali ghall-kura tas-saħħa. It-tixjiħ jitqies bħala sfida (il-projezzjonijiet relatati ma' l-età ta' l-2006 ta' l-EPC/KE jbassru żjieda fin-nefqa pubblika ta' 1.8 punti perċentwali tal-PGD sa l-2050)[71] li tirriżulta f'domanda dejjem akbar ghal servizzi, flimkien ma' spejjeż akbar ghal apparati mediċi u prodotti farmaċewtiċi (anki relatati ma' rekwiżiti ta' kwalità aktar stretti). Ir-rapport isemmi t-twaqqif ta' Fond Nazzjonali ta' l-Assigurazzjoni ghas-Saħħa ġdid assenjat li jiġbor flimkien ir-riżorsi kollha ta' finanzjament. L-abbozz tal-liġi dwar is-Servizzi tas-Saħħa se jintroduċi qasma bejn ix-xerrej u l-fornitur, li tinvolvi sistema ta' kuntratti u li tagħti lill-forituri aktar awtonomija fil-ġestjoni, li l-awtoritajiet jistennew li tista' ġġib aktar kisbiet fl-effiċjenza u koordinazzjoni aħjar bejn is-servizzi pubbliċi u dawk privati. Dwar l-istaff, biex jiġu megħluba t-tensjoni u l-ghajja minħabba x-xogħol, l-awtoritajiet qed jintroduċu sistemi ta' appoġġ psikoloġiku u emozzjonali ghall-istaff. Sabiex l-istaff jibqa' jaħdem/jinżamm fis-settur, tiġi ffokata ħafna attenzjoni fuq it-taħriġ, it-taħriġ mill-ġdid, l-edukazzjoni kontinwa u t-toroq ġodda li tista' tieħu l-karriera. Dwar il-promozzjoni, meta jitqies li l-mard taċ-ċirkolazzjoni u l-kanċer huma l-kawżi ewlenija ta' l-imwiet u tal-morbiditá, li l-obeżità fl-etajiet kollha hija t-theddida ewlenija ghas-saħħa u li d-dijabete hija ferm prevalenti, l-awtoritajiet introduċew projbizzjoni formali totali fuq it-tipjip, qed jippjanaw strateġija nazzjonali dwar l-alkoħol sabiex irażżnu l-konsum ta' l-alkoħol, speċjalment minn dawk li ghandhom inqas minn 16-il sena u se jwaqqfu pjattaforma nazzjonali sabiex jegħlbu l-obeżità, inkluż permezz tal-promozzjoni ta' dieta b'saħħitha u ta' eżerċizzju. Is-settur ta' l-edukazzjoni jitqies mill-awtoritajiet bħala msieħeb kruċjali fl-adattament tal-kurrikula ta' l-istaff sanitarju u taż-żghażagħ sabiex ikun hemm attenzjoni ffokata fuq il-PHC u l-kura preventiva u stili ta' ħajja b'saħħithom.

1.3 5.2. Il-Kura fit-Tul

Deskrizzjoni tas-sistema: Is-servizzi huma provduti mill-Istat, mill-Knisja u minn organizzazzjonijiet privati/ta' volontarjat. Id-Dipartiment ghall-Kura ta' l-Anzjani, fejn jikkomplementa l-PHC u r-rijabilitazzjoni, imexxi djar residenzjali ghall-anzjani (li jħallsu parti mid-dħul annwali tagħhom), sptar ġerjatriku, u servizz ta' ghajnuna fid-djar (eż. attivitajiet fid-dar u xiri, ikliet fuq ir-roti, manutenzjoni tad-djar) ghal ħlas nominali imma s-servizz huwa bla ħlas ghal individwi li ghandhom dħul baxx, u s-sistema tat-*telecare*/tat-telefon. Is-sistema hija ffinanzjata permezz tat-tassazzjoni u ta' ko-pagamenti marbuta mad-dħul. Il-Knisja tipprovdi kura residenzjali bla ħlas ghall-persuni b'diżabilità. Is-settur privat ukoll jipprovdi kura u appoġġ fid-djar. Il-politika tal-gvern tiffoka fuq li n-nies jinżammu d-dar u fil-komunità ghall-itwal żmien possibbli u li tkun żgurata popolazzjoni ta' anzjani aktar b'saħħithom u aktar attivi.

L-aċċessibilità: Ir-rapport jirrikonoxxi li domanda li qed tiżdied ghas-servizzi u disponibbiltà limitata tal-kura istituzzjonali fis-settur pubbliċi u tal-Knisja rriżultaw f'listi twal ta' stennija, filwaqt li segment tal-popolazzjoi biss ghandu mnejn iħallas is-servizzi tas-settur privat. L-inizjattivi biex tittejjeb il-provvista jinkludu ż-żjieda tan-numri ta' sodod tas-settur pubbliku u li jiġu kuntrattati sodod privati. L-awtoritajiet qed jiffokaw fuq it-titjib tal-provvista tas-servizzi fil-komunità bħaċ-ċentri ta' matul il-jum u ċ-ċentri tat-tagħlim ghall-adulti. Dalwaqt se jiġi promulgat qafas legali ghall-organizzazzjonijiet ta' volontarjat, li jappoġġja r-rwol ta' l-NGOs f'dan il-qasam. Hija ppjanata valutazzjoni tal-ħtiġiet ghall-persuni li mhumiex anzjani.

---

[71] Malta ghandha xi riservi dwar il-projezzjonijiet tal-popolazzjoni u tas-suq tax-xogħol ta' l-EPC/KE li ghandhom impatt fuq il-projezzjonijiet ta' l-infiq li jistmaw il-valuri tal-projezzjonijiet ta' l-infiq bħala li huma akbar milli fil-fatt huma.

Il-kwalità: Il-leġiżlazzjoni dwar l-istandards ta' kwalità titqies bħala rudimentali u għandha tiġi aġġornata, u se jiġu msaħħa l-liċenzjar u l-monitoraġġ. Għaddejjin proċeduri biex ikun hemm koordinazzjoni aħjar bejn il-livelli tal-gvern u tal-knisja, is-settur privat u l-NGOs. Inholqot faċilità ta' tnaqqis fi stadji biex tiffaċilita t-tranżizzjoni minn kura akuta għal kura fit-tul.

Is-Sostenibbiltà fit-Tul: Il-projezzjonijiet relatati ma' l-età ta' l-EPC/KE ta' l-2006 jipprevedu żjieda fin-nefqa pubblika fit-tul ta' 0.2 punti perċentwali tal-PGD sa l-2050 (ara n-nota 1 f'qiegħ il-paġna). L-awtoritajiet jistennew li numru ta' inizjattivi bħal djar iffinanzjati mill-Istat u ġestiti privatament u appoġġ għal dawk li jieħdu ħsieb lill-familji li jżommu l-persuni d-dar se jgħinu biex ikunu kkontrollati l-ispejjeż u jkun żgurat użu effiċjenti tar-riżorsi. It-taħriġ tar-riżorsi umani jvarja minn ħiliet bażiċi ta' kura għal taħriġ professjonali speċjalizzat u jitqies fundamentali mill-awtoritajiet. B'hekk pjan għar-riżorsi umani se jiffoka fuq ir-rekwiżiti ta' l-istaff u t-taħlita ta' ħiliet li għandhom, kif ukoll fuq it-taħriġ u t-taħriġ mill-ġdid għall-istaff u għal dawk li jieħdu ħsieb l-anzjani. Huma ppjanati kampanji speċifiċi ta' promozzjoni u ta' prevenzjoni għall-anzjani.

6. L-isfidi tal-ġejjieni

- Titkabbar ir-rata ta' l-impjiegi, partikolarment dik tan-nisa, sabiex tittejjeb il-koeżjoni soċjali u jitnaqqsu l-inattività u l-fenomenu konsegwenti ta' l-esklużjoni. Parteċipazzjoni attiva fix-xogħol li tespandi u żjieda fl-integrazzjoni tas-suq tax-xogħol tal-persuni li ilhom qiegħda, tan-nisa, ta' dawk li għandhom aktar minn 55 sena u ta' gruppi oħra f'riskju għoli ta' faqar u ta' esklużjoni soċjali jibqgħu l-isfida immedjata.
- Jitkabbru l-isforzi sabiex jittejbu l-edukazzjoni, it-taħriġ vokazzjonali, it-tagħlim matul il-ħajja, il-ġlieda kontra l-illiteriżmu u t-tnaqqis ta' l-istudenti li jitilqu kmieni mill-iskola sabiex tittejjeb l-impjegabilità, u jkunu prevenuti l-emarġinazzjoni u l-esklużjoni soċjali.
- Ikun żgurat li r-riforma tas-sistema tal-pensjonijiet issaħħaħ l-inċentivi biex wieħed jaħdem u jibqa' fis-suq tax-xogħol, tipprovdi pensjonijiet adegwati u ssaħħaħ is-sostenibbiltà finanzjarja ta' l-iskema tal-pensjonijiet.
- Tittejjeb l-ugwaljanza ta' l-aċċess, jitnaqqsu ż-żminijiet ta' stennija u tittejjeb il-provvista ta' kura fid-djar u fil-komunità.
- Tkun salvagwardjata s-sostenibbiltà permezz ta' sistema mtejba ta' ġestjoni u ta' kuntratti, permezz ta' politiki ta' promozzjoni u ta' prevenzjoni u billi l-istaff jinżamm fis-settur.

MALTA: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	5.7	78.0
2002	1.9	74.9
2004	0.8	71.3
2006	2.3f	69.7f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	54.2	75.0	33.1	52.8	28.5
2002	54,4	74.7	33.9	50.5	30.1
2004	54,0	75.1	32.7	46.2	31.5
2005	53,9	73.8	33.7	45.3	30.8

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	6.7	6.4	7.4	13.7
2002	7.5	6.6	9.3	17.1
2004	7.4	6.6	9.0	16.8
2005	7.3	6.5	9.0	16.4

*: Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2002 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	male	female	
1995	74.9	79.5	15.3	17.5	na	na	8.9
2000	76.2	80.3	15.2	18.5	na	na	6.0
2003	76.7	80.7	15.8	18.4	65.1	65.7	5.9

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public System coverage % of pop	Pop Covered by PHI** % of pop
1995			-		
2000	8	76.5	21.2		
2004	9.2	78.2	19.7		

*THE: Total Health Expenditures **PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	n/a	51.4	24.4	5	11.8	2.5	4.8
2000	16.3	51.8	25.6	6.2	7.9	2.5	5.9
2004	18.8	51.2	27	6.9	5.2	2.9	6.7

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio	expenditure (% of GDP) level in 2004 and changes since			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-Term care
2005	19	18.2	7.1	4.2	0.9
2010	20.4				
2030	36		1.7	1.3	0.2
2050	40.6		1.8	1.8	0.2

MALTA: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	15b	21b	13b	12b	15b	18b	21b	17b	18b	14b	**Total**	4.2b
male	14b		12b	11b	15b	19b		18b	18b	16b	**male**	
femal	15b		14b	13b	15b	18b		17b	18b	13b	**female**	

	People living in jobless households					Long-term unemployment rate				Early school-leavers			
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24			
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female			Total	Male	Female
1999	na	na	na	na	**1999**	na	na	na		**1999**	na	na	na
2004	9.2	8.6	6.8	10.4	**2004**	3.4	3.7	3.0		**2004**	42.0b	44.2b	39.5b
2006	8.2	6.7	5.2	8.2	**2005**	3.4	3.4	3.2		**2005**	41.2	43	39.3

: excluding students; b: break in series

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.866b	0.886b	0.855b	***Aggregate replacement ratio***	0.546b	0.557b	0.464b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*						
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates			
									Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions		
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Estimate of current (2002)		Assumption

*:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

NEDERLAND

1. Stand van zaken en voornaamste trends

Het herstel van de Nederlandse economie lijkt in toenemende mate in de pas te lopen met het algemene economische herstel in de EU. Volgens de prognoses voor 2006 lijkt Nederland zelfs boven het EU-gemiddelde uit te komen (3% voor Nederland tegen 2,8% voor de EU), waarmee Nederland weer in de buurt komt van het niveau van 2000. De werkloosheid is weliswaar laag vergeleken met het EU-gemiddelde in 2005 (4,7% tegen een EU-gemiddelde van 8,7%), maar relatief hoog ten opzichte van het (historisch lage) Nederlandse peil in de periode 2000-2002 (gemiddeld 2,6%).

Hoewel de algemene werkgelegenheidsgraad en de werkgelegenheidsgraad onder vrouwen boven de Lissabondoelstellingen liggen (2005: 73,2% algemeen en 66,4% voor vrouwen), is het percentage langdurig werklozen gestegen van 0,7% in 2002 naar 1,9% in 2005 (het EU-gemiddelde bleef 3,9% in de periode 2002-2004). Het werkloosheidspercentageverschil van 13,9 procentpunten tussen niet-EU- en EU-ingezetenen ligt boven het EU-gemiddelde van 8,1 procentpunt. Dit verschil is ook zichtbaar in de nationale gegevens over de werkgelegenheidsgraad (46,9% voor etnische minderheden tegen 65,6% voor de rest van de bevolking, gegevens 2005).
De nationale doelstelling voor het algemene werkloosheidspercentage in de leeftijdsgroep 15-24 jaar (8,2%) is gehaald: het percentage is slechts het dubbele van het algemene werkloosheidspercentage (4,7%). De jeugdwerkloosheid, die nu al de laagste in de EU-25 is, zal naar het zich laat aanzien nog verder dalen dankzij het economisch herstel. Met een stijging van 42,3% in 2002 naar 46,1% in 2005 neemt de totale werkgelegenheidsgraad onder oudere werknemers geleidelijk toe en schuift deze op in de richting van de Lissabondoelstelling van 50%. De bruto sociale uitgaven in verband met arbeidsongeschiktheid, ouderdom en huisvesting zijn sinds 2000 met circa 1 procentpunt gedaald, hetgeen de toename van de uitgaven in verband met gezondheidszorg en werkloosheid compenseert.

Het algemene armoederisico[72] van 11% in 2004 blijft een van de laagste in de EU-25 (16%). Het armoederisicopercentage is voor kinderen van 0-17 jaar 15% (19% voor de EU), maar slechts 5% voor de 65-plussers (19% voor de EU). Het armoederisico is sterk etnisch gekleurd: 23,4% van de huishoudens van etnische minderheden heeft een minimuminkomen, terwijl dat cijfer voor de rest van de bevolking slechts op 6,2% ligt (nationale cijfers). Verder zijn alleenstaande ouders (met name vrouwen) oververtegenwoordigd in het aantal huishoudens met een minimuminkomen, waarbij zij tevens in de sterkste mate gevangen zitten in de inactiviteitsval. Ook de algemene werkloosheidsval blijft hoog (83% in 2005).

Nederland zal een van de lidstaten blijven met de laagste afhankelijkheidsratio van ouderen (65-plussers als aandeel van de bevolking in de leeftijdsgroep 15-64). Deze ratio, die momenteel redelijk laag is in vergelijking met het gemiddelde voor de EU-25 (20,7

[72] Als gevolg van de invoering van EU-SILC (communautaire statistiek van inkomens en levensomstandigheden) in 2005, kunnen de waarden van alle op inkomens gebaseerde indicatoren (armoederisicopercentages, S80/S20-ratio, totale vervangingsratio, enz. voor het inkomensjaar 2004) niet worden afgezet tegen de in voorgaande jaren gepresenteerde ramingen, zodat eventuele verschillen van jaar tot jaar (met name voor bepaalde bevolkingssubgroepen) niet significant zijn. Tijdens de overgang naar EU-SILC (zie methodologische toelichting) waren die ramingen gebaseerd op de nationale inkomensenquête, die niet volledig aansloot bij de op gedetailleerde inkomensgegevens gebaseerde SILC-methodiek.

respectievelijk 25 in 2005), zal volgens de prognoses ook onder dat gemiddelde blijven (38,6 respectievelijk 52 in 2050).

De levensverwachting bij de geboorte (76,9 voor mannen en 81,4 voor vrouwen in 2004) ligt boven het EU-gemiddelde[73], waarbij het afgelopen decennium een stijging van twee jaar voor mannen te zien heeft gegeven (74,6 in 1995). De gezonde levensverwachting bij de geboorte is sinds 1995 voor mannen gemiddeld op iets boven 61 jaar blijven liggen (64,5 jaar voor EU-15 in 2003), terwijl die voor vrouwen daalde van 62,1 jaar in 1995 naar 58,8 jaar in 2003 (66 jaar voor EU-15 in 2003). Het kindersterftecijfer (4,1% in 2004) ligt rond het EU-gemiddelde[74], waarbij moet worden aangetekend dat het in de voorbije decennia sterk is gedaald (16,5% in 1960). Het perinataal sterftecijfer (7,4% in 2003) is hoog, maar is sinds 1960 wel voortdurend gedaald.

2. Globale strategische aanpak

De keuze van de prioriteiten voor het thema sociale insluiting in het kader van het NSR is gebaseerd op het in Nederland in brede kring gedragen politieke standpunt dat werk de beste remedie is tegen armoede. Een tweede uitgangspunt is dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen levensomstandigheden. Bij de preventie van langdurige armoede ligt dan ook sterk de nadruk op de verhoging van de participatie via werkaanvaarding en scholing. Dit houdt in dat mensen de nodige vaardigheden worden bijgebracht en dat zij de mogelijkheid krijgen betaald werk of, wanneer zulks onmogelijk is, vrijwilligerswerk te gaan doen. Bovendien moet dit achterstandsgroepen in een betere positie manoeuvreren om te kunnen meeprofiteren van het economisch herstel. Ter verhoging van de effectiviteit is prioriteit toegekend aan vroegtijdige *preventieve* maatregelen, bijvoorbeeld via de nieuwe prioriteit voor het voorkomen van armoede onder kinderen.

Anderzijds omvat het NSR ook *curatieve* maatregelen, omdat het armoedevraagstuk in de (voorbije) recessieperiode veel politieke aandacht heeft gekregen. Mensen met een minimuminkomen werden geconfronteerd met economische tegenslagen, en mede doordat mensen hun uitgaven niet in de hand houden steeg het aantal huishoudens met zo'n inkomen. De regering heeft de oorzaken van deze toename in kaart proberen te brengen via consultatiebijeenkomsten met lokale overheden, NGO's en vooral met organisaties die dagelijks contact hebben met groepen met een hoog armoederisico, bv. gemeentelijke kredietbanken (voor mensen met schulden), woningcorporaties en energiebedrijven. Tijdens deze bijeenkomsten is duidelijk geworden dat er iets moet worden gedaan aan de onderbenutting van regelingen voor inkomensondersteuning en aan de problematische schulden.

Voor deze prioriteiten geldt een beperkt aantal streefdoelen: met uitzondering van de expliciete streefdoelen voor maatregelen op onderwijs– en scholingsgebied zijn er geen andere kwantitatieve doelen gesteld.
De sterke nadruk op hogere arbeidsparticipatie zorgt voor een duidelijke link tussen insluiting en werkgelegenheidsbeleid: de in het NHP genoemde beleidsinitiatieven die zijn gericht op de verhoging van het algemene opleidingsniveau, de terugdringing van het voortijdig schoolverlaten en de re-integratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikten, verbeteren de inzetbaarheid en de kansen op sociale insluiting in het algemeen.

---

73 EU-gemiddelde van 75,1 voor mannen en 81,2 voor vrouwen in 2003.

74 EU-gemiddelde van 4,5 in 2004.

3. Sociale insluiting

3.1 Voornaamste trends

Over het geheel genomen is de werkgelegenheidsgraad hoog en de jeugdwerkloosheid laag. Desalniettemin zijn er twee trends die nadere aandacht behoeven: de lage werkgelegenheidsgraad onder etnische minderheden en ontwikkelingen op onderwijsvlak.

De oorzaken van de lage werkgelegenheidsgraad onder etnische minderheden zijn het grote aantal voortijdige schoolverlaters en de lage opleidingsniveaus (slechts 61,9% van de tot etnische minderheden behorende leerlingen maakt de bovenbouw van het voortgezet onderwijs af, tegen 74,0% voor de rest van de bevolking). Hoewel de jeugdwerkloosheid vergeleken met andere lidstaten relatief laag is (2005: 8,2% voor NL en 18,5% voor de EU-25), ligt het percentage voortijdige schoolverlaters van 13,6% (2005) – nog steeds ruim boven het nationale streefdoel van 8% voor 2010. In de leeftijdsgroep tot 18 jaar is het aantal leerlingen met leerachterstanden, voornamelijk behorend tot de etnische minderheden, onverminderd hoog. Hoewel de taalkloof kleiner wordt, is het percentage van de 15-jarigen die ondermaats presteren op leesgebied, toegenomen (9,5% in 2000, 11,5% in 2003). De inactiviteitsval voor alleenverdieners met kinderen is in 2006 vrijwel verdubbeld (-2,5% in 2005 en -4% in 2006, nationale cijfers voor het percentage van de inkomstenderving wanneer een uitkeringsgerechtigde een baan tegen het minimumloon aanvaardt) en in 2006 met 1 procentpunt gestegen voor alleenstaande ouders (het niveau is -7,25%). Ook de lagelonenval voor alleenstaanden blijft onverminderd hoog (zonder kinderen 47%, met kinderen 60% - 2004).

3.2. Belangrijkste uitdagingen en prioriteiten

De globale strategische aanpak bij de armoedepreventie wordt gekenmerkt door de nadruk die wordt gelegd op het – met name in een vroegtijdig stadium – verkleinen van de afstand tot de arbeidsmarkt. De mogelijkheden voor mensen om door werk aan armoede te ontsnappen hangen in de eerste plaats samen met persoonlijke factoren die bepalend zijn voor hun toekomstperspectieven op de arbeidsmarkt. De regering beschouwt het opleidingsniveau, de kennis van het Nederlands, de duur van de uitkeringsafhankelijkheid en de persoonlijke gezondheid als sleutelfactoren. Het strategisch accent ligt op het bij voorkeur in een vroeg stadium verkleinen van de afstand tot de arbeidsmarkt, maar de aandacht wordt niet op doelgroepen als zodanig gericht. Door het accent dat de regering legt op de factoren die aan deze afstand ten grondslag liggen, hoopt zij achterstandsgroepen, zoals minderheden, moeilijk plaatsbare uitkeringsgerechtigden en gehandicapten, te bereiken.

In het kader van het decentralisatiebeleid zijn de lokale overheden nu primair verantwoordelijk voor de (re-)integratie en participatie van deze groepen. Terwijl het aantal uitkeringsgerechtigden ondanks de recessieperiode licht gedaald is sinds 2004, hebben de gemeenten zich hoofdzakelijk gericht op de relatief gemakkelijk plaatsbaren onder hen (Evaluatie Wet Werk en Bijstand, april 2006). De regering verwacht dat moeilijker plaatsbare uitkeringsgerechtigden de komende periode aan de beurt zullen komen, aangezien de gemeenten hebben aangegeven dat zij meer tijd nodig hadden dan verwacht om hun nieuwe re-integratieverantwoordelijkheden te vertalen in beleid. Bovendien krijgen de gemeenten in 2007 een extra re-integratie-instrument tot hun beschikking. Ze kunnen zogeheten "re-integratiebanen" introduceren voor uitkeringsgerechtigden, die op die manier gedurende maximaal twee jaar werkervaring kunnen opdoen met behoud van uitkering. Dit zou een aantrekkelijk instrument moeten zijn voor de re-integratie van mensen die ver van de

arbeidsmarkt af staan. Uit een recent onderzoek blijkt echter dat de gemeenten er tevens van uitgaan dat circa de helft van hun huidige uitkeringsgerechtigden nooit een reguliere baan zal vinden. Het is dan ook uiterst belangrijk om de ontwikkelingen op dit terrein op de voet te blijven volgen. Aangezien de rijksoverheid hier in verband met een decentralisatie- en dereguleringsoperatie geen centrale rol in vervult, is het toezicht beperkt tot interactieve benchmarking tussen gemeenten en via de doorlopende evaluatie van de Wet Werk en Bijstand 2004. Het moet derhalve worden toegejuicht dat sommige gemeenten het initiatief hebben genomen om zelf hun eigen beleid te monitoren en te beoordelen. Deze rapporten verschaffen een basis voor het uitwisselen van beste praktijen. Het is afwachten in hoeverre deze beste praktijken zullen worden overgenomen door andere gemeenten, maar als het gebeurt kan dat van eminent belang zijn, daar in het rapport geen andere instrumenten voor het stimuleren van progressie op dit terrein worden genoemd.

Gezien de sterke nadruk die wordt gelegd op eigen verantwoordelijkheid en werkaanvaarding, is het teleurstellend dat in het NSR 2006 geen nieuw beleid wordt voorgesteld voor het aanpakken van de inactiviteits- en lagelonenval, afgezien van een relatief kleine verhoging van de arbeidsgebonden voordelen. Met name waar het alleenstaande ouders betreft blijft de inactiviteits- en lagelonenval een grote rol spelen. Voor effectieve strategieën ter verkleining van de afstand tot de arbeidsmarkt is het cruciaal om de financiële prikkels in de juiste richting te sturen. Wat de sociale insluiting van etnische minderheden betreft wordt in het NSR 2006 bijzondere aandacht geschonken aan sociale participatie van vrouwen uit etnische minderheden. Gezien hun achterstandspositie is dit ook relevant. Hoewel het effect van deze maatregelen zich moeilijk laat voorspellen, zijn er concrete streefdoelen gesteld en worden de verantwoordelijke actoren expliciet genoemd, zodat de voorgestelde maatregelen transparant en eenvoudig controleerbaar worden.

Het integratiebeleid en het waarborgen van een toereikend niveau van kennis van het Nederlands vallen onder de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid, terwijl actieve insluiting onder het takenpakket van de lokale overheden valt. In de meeste gevallen is het nationale integratiebeleid echter ontwikkeld in overleg met sociale partners, NGO's en gemeenten, wat heeft geresulteerd in afspraken over verhoogde inspanningen op het gebied van ondersteuning van vrouwen uit etnische minderheden teneinde hun kansen op de arbeidsmarkt te verhogen, discriminatie te bestrijden en de sociale cohesie te versterken. Het blijft een uitdaging om de samenhang tussen het brede scala van nationale en lokale beleidsinitiatieven te bewaken, vooral omdat de middelen voor sommige doelstellingen van het integratiebeleid worden toegewezen via de gemeenten. Vanwege de vage scheidslijn tussen actieve insluiting en integratie kan er overlap bestaan tussen de doelgroepen en dienen beleidsmaatregelen op elkaar te worden afgestemd.

Een van de in het NSR 2006 genoemde prioriteiten is de bestrijding van armoede onder kinderen, hetgeen aansluit bij een van de voornaamste beleidsprioriteiten van de Europese Unie. Het overerven van armoede tracht men hoofdzakelijk te voorkomen door de versterking van de opleidingscomponent: bestrijding van voortijdig schoolverlaten, onmiddellijke actie op het gebied van leerachterstandsrisico's en bestrijding van jeugdwerkloosheid. Het nationaal beleid richt zich vooral op de leeftijdsgroep van 17-23 jaar om het aantal voortijdige schoolverlaters in de periode 2000-2010 te halveren. Het aantal leerlingen met leerachterstanden in de leeftijdsgroep tot 18 jaar, voornamelijk behorend tot de etnische minderheden, blijft eveneens onverminderd hoog. De ontwikkeling van deze groep zal de komende tijd op de voet gevolgd moeten worden om de neerwaartse trend in het aantal voortijdige schoolverlaters in de toekomst vast te houden.

De laatste twee prioriteiten liggen bij het groeiende aantal huishoudens met een minimuminkomen. Met name het aantal huishoudens dat niet meer kan rondkomen, is gestegen. De strategie richt zich op beide, vastgestelde, oorzaken van deze stijging: het niet-gebruiken van inkomensvoorzieningen en de toenemende schuldenproblematiek. Het beleid beoogt het vergroten van het bewustzijn bij consumenten en benadrukt, in de geest van het uitgangspunt van de eigen verantwoordelijkheid van het individu, ook de verantwoordelijkheid voor de eigen financiën. Bij de consultatiebijeenkomsten hebben gemeenten en andere betrokken partijen echter ook gepleit voor een versoepeling van de criteria voor deze inkomensvoorzieningen en een generieke verhoging van de uitkeringen. Hoewel de regering twijfels heeft ten aanzien van de effectiviteit van generieke inkomensmaatregelen, kan de op individuele verantwoordelijkheid gerichte aanpak te eenzijdig blijken om het aantal huishoudens met een minimuminkomen omlaag te brengen. Overigens wordt in het NSR niet voorbijgegaan aan de verantwoordelijkheden van de samenleving, maar worden deze wel als te moeilijk beïnvloedbaar beschouwd. Het NSR stelt evenwel ook terecht dat de verklaring voor de stijging van het aantal huishoudens die problemen hebben om rond te komen, waarschijnlijk niet enkel gelegen is in persoonlijke risico's, maar in een combinatie van persoonlijke en maatschappelijke risico's.

Wat de nieuwe programmeringsperiode voor het ESF betreft vermeldt het NSR alleen dat het programma deels aan de Lissabondoelstellingen zal worden gekoppeld via projecten op het gebied van beroepsonderwijs voor laagopgeleide werknemers.

3.3. Beleidsmaatregelen

Het NSR legt sterk de nadruk op de voortzetting van bestaande beleidsmaatregelen. Met betrekking tot de doelstellingen inzake participatieverhoging wordt met de introductie van de "re-integratiebanen" voor uitkeringsgerechtigden de belangrijkste beleidsmaatregel getroffen op re-integratieterrein. In 2007 zal de Wet Maatschappelijke Ondersteuning worden ingevoerd, waarmee de verantwoordelijkheid voor deze vorm van ondersteuning bij de gemeenten komt te liggen. Op dit moment wordt door de gemeenten de synergie tussen laatstgenoemde wet en de Wet Werk en Bijstand verkend.

Op het vlak van sociale insluiting van immigranten en etnische minderheden ligt het accent van de beleidsmaatregelen op het verwerven van kennis van de Nederlandse taal en samenleving en het bestrijden van discriminatie. Om immigranten beter voor te bereiden verplicht de Wet Inburgering (in maart 2006 in werking getreden) hen tot het afleggen van een basisexamen in de Nederlandse taal en samenleving als immigratievereiste. Voor nieuwkomers wordt de inburgeringscursus uitgebreid. Met ingang van 2007 zal de cursus ook verplicht zijn voor ingezeten immigranten, de zogeheten "oudkomers", die al langer in Nederland zijn en die dit nodig hebben. Op discriminatiebestrijdingsgebied zullen de sociale partners zich ertoe verbinden samen met de overheid te werken aan een nieuw monitoringinstrument tegen discriminatie op de arbeidsmarkt.

De voornaamste beleidsmaatregelen inzake armoede onder kinderen betreffen het voortijdig schoolverlaten en de jeugdwerkloosheid. De leerplichtige leeftijd is opgetrokken van 17 naar 18 jaar, waarvoor tot 2010 per jaar 130 miljoen euro wordt uitgetrokken. De jeugdwerkloosheid wordt aangepakt via het creëren van 40 000 banen voor werklozen in de leeftijdsgroep van 15-22 jaar in de periode 2003-2007, welke taak ter hand wordt genomen door de Taskforce Jeugdwerkloosheid, die daarin wordt bijgestaan door scholen (Regionale Opleidingscentra, ROC's), de Centra voor Werk en Inkomen (verantwoordelijk voor het

vacaturetraject) en lokale overheden. Jongeren zonder een afgeronde opleiding in het voortgezet onderwijs kunnen een leerbaan krijgen.

Wat het niet-gebruiken van inkomensvoorzieningen betreft probeert de regering de rechthebbenden te bereiken door middel van voorlichting, koppeling van de bestanden van verschillende instellingen en eenvoudiger aanvraagformulieren. De koppeling van de bestanden van de Sociale Verzekeringsbank (SVB), die verantwoordelijk is voor de wettelijke pensioenuitkeringen, met die van de gemeenten houdt in dat ouderen met onvoldoende pensioenrechten als gevolg van een kort arbeidsverleden in Nederland gemakkelijker traceerbaar zijn en dat hun extra inkomensondersteuning geboden kan worden.

Via de nieuwe Wet financiële dienstverlening zijn de regels betreffende het verstrekken van leningen en de verantwoordelijkheden op het vlak van toetsing van de kredietwaardigheid van cliënten aangescherpt om het risico van een te hoge schuldenlast bij huishoudens terug te dringen. In 2007 zal onderzoek worden gedaan naar het kredietwaardigheidsniveau van de consumenten.

3.4. Governance

Dankzij de decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden rond de prioriteiten in het NSR, krijgen monitoring en evaluatie in de eerste plaats gestalte door de feiten en cijfers van het beleid toegankelijk te maken voor het publiek. Via websites vindt uitwisseling van beste praktijken tussen gemeenten plaats.

Bij de consultatie in het kader van het NSR zijn niet alleen provincies, gemeenten, sociale partners en NGO's betrokken, maar ook – en vooral - organisaties die dagelijks contact hebben met groepen met een hoog armoederisico, bv. gemeentelijke kredietbanken (voor mensen met schulden), woningcorporaties en energiebedrijven. De dialoog met partners uit het maatschappelijk middenveld heeft geresulteerd in afspraken op het vlak van NSR-gerelateerde onderwerpen, bv. tussen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid op het gebied van re-integratie en scholing, afspraken met de 31 grote steden (G31) op het gebied van sociale insluiting en afspraken voor de koppeling van bestanden van verschillende instellingen.

4. Pensioenen

In 2004 genoten ouderen een levensstandaard die in de buurt ligt van die van de bevolking in het algemeen (88%). Het Nederlandse pensioenstelsel is uiterst efficiënt waar het gaat om het bestrijden van armoede onder ouderen, zoals blijkt uit het armoedepercentage van 5% voor 65-plussers, dat veel lager ligt dan dat voor de bevolking van 0-64 jaar. Vermeldenswaard is dat het armoedepercentage voor de oudste leeftijdsgroep (75 jaar en ouder) eveneens laag is.

In het Houdbaarheidsverslag 2006 is Nederland aangemerkt als lidstaat met een laag risico voor wat betreft de houdbaarheid van de overheidsfinanciën. Volgens de prognoses 2005 van de WGA (werkgroep vergrijzing van het Comité voor de economische politiek) zullen de overheidsuitgaven voor pensioenen naar verwachting met 3,5 procentpunt stijgen en in 2050 uitkomen op 11,2% van het bbp. De prognoses van ISG (subgroep Indicatoren) voor de netto vervangingsratio laten (inclusief bedrijfspensioenen, waarvoor de huidige dekking circa 90% is, en uitgaande van een bijdrage van 12%) redelijk constante vervangingsratio's zien, van 92% netto in 2005 (71% bruto) naar 90% in 2050 (69% bruto).

In het Gezamenlijk verslag 2006 is gesteld dat het Nederlandse stelsel borg staat voor toereikendheid, en is tevens gewezen op de uitdaging om in de bedrijfspensioensfeer ook recht te doen aan vrouwen. Verder zijn in het verslag opmerkingen gemaakt over het versterken van de prikkels voor oudere werknemers om deel van de beroepsbevolking te blijven uitmaken. Hiertoe wordt in het geactualiseerde verslag verwezen naar de aanpassing van de belastingwetgeving en –regelingen betreffende vervroegde uittreding.

Zoals gezegd presteert het Nederlandse pensioenstelsel goed qua toereikendheid, aangezien het gebaseerd is op een algemeen, vast overheidspensioen en inkomensafhankelijke aanvullende pensioenen, welke op zeer ruime schaal ingang hebben gevonden onder de bevolking. De Nederlandse strategie voor de eerste pijler leunt op de ambitieuze doelstelling om gedurende een lange periode een begrotingsoverschot te realiseren (hoewel deze strategie ondermijnd zou kunnen worden door het risico van blijvende overheidstekorten), en deze doelstelling wordt ondersteund door een krachtiger werkgelegenheidsbeleid en afzwakking van de prikkels om vroeg op te houden met werken. Ten aanzien van de pensioenen van de tweede pijler steunt de strategie op het voeren van een degelijk macro-economisch beleid en een versterkt toezicht, waarbij veilige financieringsmarges vooropstaan. De werkgelegenheid voor mensen in de leeftijdsgroep 55-64 jaar is het afgelopen decennium aanzienlijk toegenomen. De arbeidsongeschiktheids- en werkloosheidsuitkeringsregelingen zijn aangepast om te voorkomen dat deze regelingen gebruikt worden als een ontsnappingsroute naar vervroegde uittreding. Deze aanpassingen worden momenteel doorgevoerd.

5. Gezondheidszorg en langdurige zorg

5.1. Gezondheidszorg

Beschrijving van het stelsel: per 1 januari 2006 is een ingrijpende hervorming van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel doorgevoerd. Het vorige, duaal gefinancierde en deels verplichte stelsel is vervangen door een verplicht, enkel en algemeen geldend stelsel, dat wordt gerund door particuliere zorgverzekeraars. De verzekeraars hebben een acceptatieplicht voor elke ingezetene in hun gebied, en ter compensatie hiervan wordt een risicovereveningssysteem gehanteerd. Het basisverzekeringspakket is wettelijk vastgesteld; de zorgverzekeraars concurreren met elkaar op de nominale premie en de kwaliteit van de dienstverlening, terwijl zij ook onderhandelen met de zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en volume van de te leveren zorg. De nieuwe Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) zal vanaf 2007 toezien op de kosten, prijzen, kwaliteit, contractvoorwaarden en marktontwikkelingen. De dienstverlening is decentraal en heeft een particulier karakter, waarbij de overheid beperkende voorwaarden oplegt. De zorgaanbieders zijn onafhankelijk en werken op basis van contracten die met de verzekeraars zijn afgesloten. De eerstelijnsgezondheidszorg wordt voornamelijk geboden door huisartsen. Door het verlenen van algemene medische zorg en diensten op het vlak van gezondheidsbevordering en preventie vervullen deze artsen een poortwachtersfunctie voor de specialistische en ziekenhuiszorg. De specialistische zorg wordt geboden in poliklinische en klinische ziekenhuisafdelingen. Meer dan 90% van de ziekenhuizen is particulier, terwijl de universitaire medische centra door de overheid worden gefinancierd. Huisartsen ontvangen zowel een vergoeding per patiënt als een vergoeding per consult. Specialisten ontvangen een salaris, een vergoeding per verrichting of een combinatie van beide. De verplichte basisverzekering wordt hoofdzakelijk gefinancierd via de nominale en inkomensafhankelijke premies, waarbij de laatste worden herverdeeld volgens een risicovereveningssysteem voor de verzekeraars. Elke verzekerde

die geen beroep doet op zorgvoorzieningen, kan een deel van de nominale premie terugkrijgen tot een bepaald maximumbedrag. Voor bepaalde diensten gelden eigen bijdragen, die overigens wel aan een maximum gebonden zijn. Voor aanvullende verzekeringen geldt het verbod op premiedifferentiatie niet. Rekening houdend met wijzigingen in de zorgvraag en de voortdurende technologische en medische ontwikkelingen, willen de autoriteiten een stelsel tot stand brengen dat de toegankelijkheid waarborgt, de efficiency verhoogt en de kwaliteit van de dienstverlening in stand houdt en waar mogelijk verbetert.

Toegankelijkheid: de onder het verplichte basisverzekeringspakket vallende diensten zijn wettelijk vastgesteld en omvatten de noodzakelijke curatieve zorg. De zorgverzekeraar mag geen premieonderscheid maken op basis van de risico's van de verzekerden; de nominale premie voor kinderen tot 18 jaar komt voor rekening van de overheid. In het rapport wordt erop gewezen er zorgverzekeraars zijn die de basiszorg niet in alle regio's in dezelfde mate aanbieden. De autoriteiten verwachten echter dat de recente hervorming leidt tot een betere toegankelijkheid dankzij nieuwe prikkels voor de zorgaanbieders om de zorg zo doelmatig mogelijk in te richten zonder de kwaliteit uit het oog te verliezen. Hoewel ongewenste vormen van selectie worden tegengegaan door de wettelijke verplichting om een basisverzekering af te sluiten, zijn mensen niet langer automatisch verzekerd zoals het geval was bij de deelnemers in het vroegere stelsel. Daarom kan het voorkomen dat een niet te verwaarlozen aantal personen in de eerste overgangsfase onverzekerd is door het gebrek aan informatie of de onwil om zich aan te melden, hoewel de autoriteiten verwachten dat het nieuwe verzekeringsstelsel iedereen zal dekken die in principe onder het stelsel valt. De wachtlijsten, die werden gezien als een onbevredigend kenmerk van het vorige stelsel, bestaan nog steeds, zij het dat ze beduidend korter zijn geworden.

Kwaliteit: de overheid bewaakt de kwaliteitseisen voor de zorgaanbieders via het toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg. Met ingang van 2007 moeten alle zorginstellingen een jaardocument maatschappelijke verantwoording publiceren om de transparantie te verbeteren en de prestatie-indicatoren openbaar en beschikbaar te maken voor zorgverzekeraars en patiënten. Naar verwachting zullen de intensievere toepassing van ICT en e-healthoplossingen en een landelijk systeem voor elektronische uitwisseling van medische gegevens leiden tot minder medische fouten, betere kosteneffectiviteit en betere toegankelijkheid. Patiënten kunnen zelf hun zorgverzekeraar kiezen, en door de nieuwe prikkels zullen ze naar verwachting sneller overstappen naar een andere verzekeraar op basis van de prijs-kwaliteitverhouding. Patiënten kunnen ook zelf hun huisarts kiezen en op elk moment naar een andere overstappen. Er zijn op kwaliteitsverbetering gerichte overheidsprogramma's gestart (bv. het programma *Sneller Beter*).

Betaalbaarheid/houdbaarheid: de totale zorguitgaven (9,8% van het bbp en 3056 KKP$ per capita in 2004) lagen boven het EU-gemiddelde en zijn in per capita termen gerekend een van de hoogste[75]. Sinds 1990 zijn ze met 1,8 procentpunt van het bbp gestegen. De jaarlijkse groei van de uitgaven per capita is eveneens hoog vergeleken met het EU-gemiddelde (7,2% in 2002/2003). In het rapport wordt expliciet ingegaan op de diverse uitdagingen voor de houdbaarheid van het stelsel. De totale zorgkosten zijn gemiddeld met 4,4% per jaar gestegen in de periode 2001-2006, een stijging die volgens de prognoses zal uitkomen op 5,5% per jaar in de periode 2008-2011[76]. De prognoses naar leeftijd van CEP/EG van 2006 wijzen op een

---

75 8,87% en 2376,33 KKP$ per capita in 2004.

76 Nationaal Strategisch Rapport Sociale Bescherming en Insluiting Nederland 2006-2008

toename van de zorguitgaven van 1,3 procentpunt van het bbp tegen 2050. De autoriteiten verwachten dat het antwoord op deze uitdagingen gelegen zal zijn in de hervormingen – vooral de liberalisering van de zorginkoopmarkt – doordat er nieuwe prikkels komen voor de efficiënte inzet van middelen. Doel is de zorgkosten in de hand te houden door de concurrentie tussen zorgverzekeraars aan te moedigen en de zorg doelmatiger te maken via betere contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een ander streven van de overheid is het personeelsaanbod te verhogen en het werk in de zorg aantrekkelijker te maken. Er wordt momenteel gewerkt aan een nieuwe, bredere preventiestrategie. Opgemerkt dient te worden dat de voorwaarden voor marktwerking (die tot een grotere doelmatigheid zou moeten leiden) niet altijd naar behoren worden vervuld, gezien de grote verschillen in de informatievoorziening, de technische complexiteit, de knelpunten aan de aanbodzijde en de grote onzekerheid over toekomstige behoeften. Als niet aan de voorwaarden wordt voldaan, zal het stelsel in minder vergaande mate worden geliberaliseerd en zal er strenger worden gereguleerd.

5.2. Langdurige zorg

Beschrijving van het stelsel: de langdurige zorg omvat primaire zorg, thuiszorg en dagbehandeling (verzorging en verpleging, hygiëne, bezorging van maaltijden aan huis, wassen, recreatieactiviteiten en revalidatie), begeleid wonen, woonvoorzieningen (bejaardenhuizen en aanleunwoningen voor bejaarden) en beschermd wonen. Medische of kostbare behandelingen in het kader van de langdurige zorg worden verricht uit hoofde van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (de AWBZ, die wordt bekostigd uit het daarvoor bestemde deel van de werknemersloonheffing van de volksverzekeringen en uit overheidsbijdragen). De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), waarbij verschillende taken en verantwoordelijkheden zullen worden overgedragen aan de gemeenten, zal in 2007 in werking treden. Doel van de overheid is de maatschappelijke ondersteuning op lokaal niveau te versterken. Gezien de vergrijzing en de veranderingen in de samenleving streeft de overheid naar een sterkere rol voor de thuiszorg en naar de verschuiving van instellingszorg naar primaire, op het individu en zijn/haar behoeften afgestemde zorg in de eigen omgeving.

Toegankelijkheid: voorwaarde voor het verkrijgen van AWBZ-zorg is een rechtsgeldig indicatiebesluit, dat wordt afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg. De zorgkantoren sturen het proces van de langdurige zorg op regionaal niveau, maar hun positie bij de uitvoering van de AWBZ is momenteel onderwerp van discussie. In het rapport wordt benadrukt dat de thuiszorg en daarmee verwante diensten voor verbetering en uitbreiding vatbaar zijn en dat de afstemming tussen regio's en gemeenten eveneens moet verbeteren.

Kwaliteit: met alle sectoren in de langdurige zorg zijn afspraken gemaakt over het meetbaar maken van verantwoorde zorg. Er zijn normen voor langdurige zorg opgesteld. De overheid wil instrumenten ontwikkelen voor de toetsing van het niveau van de zorg van verpleeg- en verzorgingshuizen, welke instrumenten ook dienen om na te gaan hoe de zorg door de patiënt wordt ervaren. Deze organisaties voor aanvullende zorg zijn zelf verantwoordelijk voor de evaluaties en de verslaglegging over de resultaten. In het kader van de nieuwe Wet toelating zorginstellingen zullen de zorginstellingen geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid krijgen. Het programma "Zorg voor Beter" ondersteunt kwaliteitsverbetering (bv. valpreventie en het voorkomen van decubitus) in de zorg binnen de zeven AWBZ-functies, waaronder verblijf, persoonlijke verzorging, behandeling en begeleiding.

Betaalbaarheid/houdbaarheid: het nationaal actieplan maakt gewag van de herziening van de AWBZ om de uitgavengroei onder meer via de in een convenant vastgelegde

uitgavenplafonds te beheersen. De zorgaanbieders hebben zich ertoe verplicht tot 2007 jaarlijks 1,25% meer cliënten te helpen op basis van de beschikbare middelen. Via de AWBZ zal de nieuwe functiegerichte bekostiging worden ingevoerd, die van invloed zal zijn op de besluitvorming rond de indicatiestelling, de persoonsgebonden budgetten en de zorgregistratie. In het rapport wordt tevens gesteld dat aanbieders van langdurige zorg weinig financiële prikkels hebben om in het kader van de AWBZ doelmatig te werken.

6. Uitdagingen

- Bevordering van actieve insluiting van de groepen met de grootste afstand tot de arbeidsmarkt, met name door de verdere bevordering van de arbeidsmarktintegratie van etnische minderheden, alleenstaande ouders en oudere werknemers, de aanpak van inactiviteit en lagelonenval en de verhoging van het gebruik van inkomensvoorzieningen voor huishoudens met een minimuminkomen;

- Verdere ontwikkeling van een passend evaluatie- en monitoringkader voor de beoordeling van de participatie van, en de resultaten voor, risicogroepen in mainstream werkgelegenheids- en sociale maatregelen, onder meer met het oog op de terugdringing van het aantal huishoudens met een minimuminkomen;

- Verhoging van de participatie van vrouwen en deeltijdwerkers in de bedrijfspensioensfeer om iedereen een toereikend ouderdomspensioenen te kunnen garanderen;

- Monitoring van de medische, sociale en financiële effecten van de hervorming en de veranderingen op concurrentievlak, die moeten leiden tot waarde- en doelmatigheidsverbeteringen bij de inkoop van gezondheidszorg;

- Waarborging van de werking van de onlangs tot stand gekomen zorgverzekeringsmarkt – de markt zal zich naar verwachting consolideren, als de zorgverzekeraars tenminste willen overleven, een sterke positie willen opbouwen voor de onderhandelingen met zorgaanbieders en de potentiële administratieve problemen te lijf willen gaan waarmee zowel de zorgaanbieders (bv. de vergoeding voor de huisartsen) als de verzekeraars zelf (bv. grote aantallen patiënten zijn naar een andere verzekeraar overgestapt) worden geconfronteerd;

- Monitoring van de effecten van het nieuwe AWBZ-bekostigingssysteem via enkele pilots.

The Netherlands: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	3.9	124,0
2002	0.1	125.3
2004	2,0	124.7
2006	3.0f	126.1f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	72.9	82.1	63.5	68.7	38.2
2002	74.4	82.4	66.2	70,0	42.3
2004	73.1	80.2	65.8	65.9	45.2
2005	73.2	79.9	66.4	65.2	46.1

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	2.8	2.2	3.6	5.7
2002	2.8	2.5	3.1	5,0
2004	4.6	4.3	4.8	8,0
2005	4.7	4.4	5.1	8.2

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	74.6	80.4	14.7	19,0	61.1	62.1e	5.5
2000	75.5	80.5	15.3	19.2	61.4	60.2	5.1
2004	76.9sp	81.4sp	16.2sp	19.8sp	61.7e	58.8e	4.1

WHO	Total health exp %GDP	Public Health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop	Pop. covered by PHI** % of pop
1995	8.4	71			
2000	8.3	63.1	9	75.6	92
2004	9.8	61.2	7.8		

s: Eurostat estimate; p:provisional; e: estimate *THE: Total health expenditures **PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function. % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	30.6	38	28.5	9.9	4.6	6.5	12.6
2000	26.4	42.4	29.3	5.1	4.6	6.8	11.8
2004	28.5	41.6	30.4	6.3	4.8	6	10.9

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since 2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	20.7				
2010	22.2	-0.3			
2030	36.7	3.8			
2050	38.6	4.9			

The Netherlands: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	11b	15b	9b	10b	5b	21b	21b	22b	22b	12b	**Total**	4.0b
Male	11b		9b	10b	5b	22b		23b	26b	11b	**Male**	
femal	11b		10b	10b	6b	20b		20b	20b	12b	**Female**	

	People living in jobless households					Long-term unemployment rate				Early school-leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	6.9	7.8	6.3	9.4	**1999**	1.2	0.9	1.5	**1999**	16.2	17.5	14.9
2004	7,0	8,0	6.7	9.3	**2004**	1.6	1.5	1.6	**2004**	14,0	16.1	11.9
2006	6.2	7.4	6.2	8.6	**2005**	1.9	1.9	1.9	**2005**	13.6	15.8	11.2

: excluding students; b: break in series

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.879b	0.882b	0.879b	***Aggregate replacement ratio***	0.426b	0.475b	0.517b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Current estimate (2002)	Assumption
	-2	0	DB	-2	DB	100	91	7	9.8	11.5-12.5

*:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

ÖSTERREICH

1. Situation und wichtigste Trends

Das BIP-Wachstum beschleunigte sich von 2,4 % im Jahre 2004 auf 3,1 % (Prognose für 2006). Die Gesamtbeschäftigungsquote lag im Jahre 2005 bei 68,6 % (75,4 % bei Männern und 62 % bei Frauen), d. h. deutlich über dem EU-Durchschnitt. Trotz jüngster Zunahmen zählt die Beschäftigungsquote der älteren Arbeitnehmer mit 31,8 % im Jahre 2005 (41,3 % bei Männern und 22,9 % bei Frauen) weiterhin zu den niedrigsten in der EU und liegt weit unter dem Lissabon-Ziel von 50 %. Die Arbeitslosenquote liegt zwar nach wie vor unter dem EU-Durchschnitt, ist aber im vierten Jahr in Folge gestiegen und erreichte 2005 5,2 % (4,9 % bei Männern und 5,5 % bei Frauen); besonders betroffen sind junge Menschen (10,3 %). 2006 ging die Arbeitslosigkeit leicht zurück. Die Langzeitarbeitslosigkeitsquote lag 2005 bei 1,3 %, also deutlich unter dem EU-Durchschnitt. Die Quote der von Armut Bedrohten betrug 2004 12 %, wobei das Armutsrisiko für Frauen, ältere Menschen, Kinder, Menschen mit Behinderungen und Zuwanderer höher war. Menschen ab 65 haben einen Lebensstandard, der – gemessen am durchschnittlichen Einkommen – nahezu dem der Altersgruppe 0-64 Jahre entspricht. Im Jahre 2004 verringerte sich mit Hilfe der Sozialschutzsysteme (einschließlich des Altersrentensystems) die Gesamtquote der von Armut Bedrohten beträchtlich (von 43 % auf 12 %). Es wird damit gerechnet, dass Österreich in den nächsten Jahrzehnten mit einer demografischen Entwicklung konfrontiert wird, die der in den meisten EU-Mitgliedstaaten ähnelt: die Altersabhängigenquote wird von 22 % im Jahre 2004 stetig bis zum Jahre 2030 auf 41 % ansteigen (Durchschnittswert in den EU-25-Ländern 25 % beziehungsweise 40 %). Die Sozialschutzaufwendungen als Prozentsatz des BIP sind seit 2000 gestiegen und lagen 2004 bei 29,1 % (Alters- und Hinterbliebenenrenten 48,2 %, Gesundheitsversorgung 25 %). Die Lebenserwartung bei der Geburt (76,4 Jahre bei Männern und 82,2 Jahre bei Frauen im Jahre 2004) liegt über dem EU-Durchschnitt[77]. Sie stieg im letzten Jahrzehnt um 3,1 beziehungsweise 2,3 Jahre an (von 73,3 beziehungsweise 79,9 im Jahre 1995). Auch die gesunde Lebenserwartung (66,2 Jahre bei Männern und 69,6 Jahre bei Frauen – Eurostat-Schätzwerte für 2003) liegt über dem EU-Durchschnitt. Die Kindersterblichkeit (4,5 im Jahre 2004) entspricht dem EU-Durchschnitt von 4,5 im Jahre 2004. Nach 1960 (37,5) ist sie erheblich und auch im letzten Jahrzehnt noch kontinuierlich (von 5,4 im Jahre 1995) zurückgegangen. Die perinatale Mortalität ist relativ gering (6,4 im Jahre 2002) und geht seit 1960 (34,9) stetig zurück.

2. Strategischer Ansatz

Bei den im nationalen Strategiebericht ermittelten Hauptherausforderungen handelt es sich um die „Vererbung" von Armut und sozialer Ausgrenzung, den erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt für benachteiligte Gruppen, die soziale und wirtschaftliche Integration von Menschen mit Behinderungen und die Anpassung von Sozialschutzsystemen an die demographische Entwicklung. Mit seinen Aktionsschwerpunkten geht Österreich diese vier Herausforderungen an. Die geplanten Maßnahmen sollen die Nachhaltigkeit der wohlfahrtsstaatlichen Transfers, einschließlich der Renten, sowie der Sozial- und Gesundheitsdienste gewährleisten, ihre Effizienz und Wirksamkeit verbessern und sie an demografische, soziale und wirtschaftliche Entwicklungen anpassen. Als wichtigste Instrumente wurden die Förderung der Chancengleichheit für alle, eine Beschäftigungssteigerung und Reformen bei den Systemen der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege benannt.

---

[77] Der EU-Durchschnittswert betrug im Jahre 2004 75,8 Jahre bei Männern und 81,9 Jahre bei Frauen.

Es werden einige Bezüge zwischen Maßnahmen zur sozialen Integration und Reformen bei den Renten- und Gesundheitsversorgungssystemen hergestellt. Insbesondere werden Maßnahmen zur Verbesserung der Bildungsabschlüsse und Beschäftigungsmöglichkeiten für benachteiligte Gruppen erwähnt, die zu einem besseren sozialen Zusammenhalt, einer höheren Beschäftigungsquote und einer tragfähigen Finanzierung von Sozialschutzsystemen führen sollen. Die Zielsetzungen erscheinen insgesamt ehrgeizig, wobei allerdings nicht durchgehend quantifizierte Zielvorgaben und Angaben zu Umsetzung, Zeitrahmen und Mitteln vorgelegt werden. Quantifizierte Zielvorgaben werden für die Verringerung der Kinderarmut und für einige Aspekte im Zusammenhang mit Kinderbetreuung, Beschäftigung und sozialer Integration behinderter Menschen festgelegt. Die Einhaltung des Lissabon-Reformprogramms sollte durch enge Zusammenarbeit der entsprechenden Ministerien sichergestellt werden. Die Maßnahmen zum Sozialschutz und zur sozialen Integration unterstützen das Lissabon-Reformprogramm insoweit, als sie dazu beitragen, die Beschäftigung benachteiligter Gruppen zu verbessern, die finanzielle Tragfähigkeit der Sozialschutzsysteme zu gewährleisten und das Beschäftigungspotenzial im Pflege- und Gesundheitsversorgungssektor zu nutzen.

Die Idee der Good Governance wird dadurch vorangebracht, dass eine Reihe von Akteuren, darunter Ministerien, Länder, Gemeinden, Sozialpartner und NRO-Dachorganisationen in die Ausarbeitung und Überwachung der Strategie einbezogen werden.

Der Geschlechtergleichstellung ist insgesamt nur begrenzte Aufmerksamkeit zuteil geworden, obwohl Gender Mainstreaming und geschlechtsspezifische Maßnahmen im Rahmen einiger Politikbereiche erwähnt werden, insbesondere im Hinblick auf Arbeitsmarktmaßnahmen, behinderte Menschen und die Vereinbarung von Familien- und Arbeitsleben. Jugendpolitische Maßnahmen werden in verschiedene Politikbereiche einbezogen, bei denen es um Fragen wie Gesundheit, Verschuldung und die Resozialisierung straffälliger Jugendlicher geht.

3. Soziale Eingliederung

3.1 Wichtigste Trends

Die Ungleichheit in der Einkommensverteilung und das Armutsrisiko waren im Jahre 2004 geringer als im EU-Durchschnitt. Die Quote der von Armut Bedrohten betrug 2004 12 %, wobei das Armutsrisiko für Frauen (13 %) höher war als für Männer (11 %). Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, erhöht das Armutsrisiko beträchtlich. Darüber hinaus verfügen 7 % der Erwerbstätigen von über 18 Jahren über ein Einkommen, das unter der Armutsgrenze liegt, sie können somit als „erwerbstätige Arme" angesehen werden. Bei Kindern unter 18 Jahren lag die Quote bei 15 %; betroffen sind hauptsächlich Haushalte, in denen Eltern nicht ausreichend in den Arbeitsmarkt integriert sind. Angesichts der steigenden Arbeitslosigkeit erhöhte sich der Anteil der Kinder (von 0-17) in Haushalten ohne Erwerbstätige von 5,6 % im Jahre 2004 auf 6,4 % im Jahre 2005. Immigranten aus Nicht-EU/EFTA-Ländern sind mit einem besonders hohen Armutsrisiko konfrontiert, nämlich 30 % im Jahre 2004, im Vergleich zu den in Österreich geborenen (11 %). Auch Menschen mit Behinderungen tragen mit einer Quote von 18 % im Jahre 2004 ein überdurchschnittliches Risiko, was hauptsächlich auf die niedrige Beschäftigungsquote (36 % im Jahre 2004) und die geringen Renten zurückzuführen ist. Mit der in den letzten Jahren (von 3,6 % im Jahre 2000 auf 5,2 % im Jahre 2005) zunehmenden Arbeitslosigkeit ging ein beträchtlicher Anstieg der Zahl von Sozialhilfeempfängern einher.

Bei einem niedrigen Bildungsabschluss steigt das Armutsrisiko auf 18 %. Besonders hoch ist es bei Frauen (24,9 % in der Altersgruppe 25-64 Jahre gegenüber 14,9 % bei Männern im Jahre 2005). Der Anteil der Schulabbrecher belief sich im Jahre 2005 auf 9 %, lag also deutlich unterhalb des EU-Durchschnitts. Bei jungen Immigranten erreicht dieser Wert laut nationalen Daten bis zu 25 %. Während die Quote der Beteiligung an Maßnahmen des lebenslangen Lernens über dem EU-Durchschnitt bei 14 % liegt (Eurostat 2005), ereicht die Quote von Personen, die lediglich die Pflichtschule absolviert haben, nur ein Drittel des Durchschnitts (4 %).

Von der zunehmenden Arbeitslosigkeit sind insbesondere benachteiligte Gruppen betroffen. Die Differenz zwischen der Arbeitslosenquote von Staatsangehörigen von Drittländern und der von EU-Bürgern hat sich seit 2001 fast verdoppelt und im Jahre 2005 9,5 % erreicht. Auch Menschen von über 55 Jahren sind besonders durch Arbeitslosigkeit bedroht.

Frauen sind nach wie vor allgemein schlechter gestellt als Männer. Das geschlechtsspezifische Lohngefälle übertrifft den EU-Durchschnitt (18 % im Jahre 2004). Das Armutsrisiko ist höher bei allein erziehenden Eltern (25 %), von denen 90 % Frauen sind, und bei Frauen von über 65 Jahren (20 % gegenüber 13 % bei Männern derselben Altersgruppe). Bei alleinlebenden Frauen, deren Haupteinkommen aus einer Rente besteht, beträgt das Risiko bis zu 24 %, was darauf zurückzuführen ist, dass die Mindestrente leicht unterhalb der Armutsgrenze liegt. In Haushalten, in denen Frauen allein das Familieneinkommen verdienen, ist das Armutsrisiko fast doppelt so hoch wie in Haushalten mit männlichen Alleinverdienern.

3.2 Schlüsselherausforderungen und -prioritäten

Österreich hat als Hauptprioritäten für die soziale Eingliederung die Verhütung von Armut und sozialer Ausgrenzung bei Kindern und jungen Menschen festgelegt sowie die Förderung umfassenderer Beschäftigungsmöglichkeiten für Risikogruppen, insbesondere Langzeitarbeitslose, ältere Arbeitnehmer, Frauen, Immigranten und niedrig Qualifizierte sowie die gesteigerte Arbeitsmarktbeteiligung von Menschen mit Behinderungen. Bei allen drei Prioritäten liegt das Schwergewicht auf den Themen Zugang zur Beschäftigung und Beschäftigungsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, während Maßnahmen zur Förderung des Zugangs für alle zu den Ressourcen, Rechten und Dienstleistungen, die für die Teilhabe an der Gesellschaft benötigt werden, in geringerem Umfang behandelt werden. Die Strategie konzentriert sich auf die Weiterführung laufender Maßnahmen und nicht so sehr auf die Einführung neuer. Der Planungshorizont ist im allgemeinen auf 2006/Mitte 2007 begrenzt. In dem Gemeinsamen Bericht über Sozialschutz und soziale Eingliederung 2006 hat man als Hauptherausforderungen für Österreich das zunehmende Risiko sozialer Ausgrenzung für die wesentlichen Risikogruppen vor dem Hintergrund zunehmender Arbeitslosigkeit und die niedrige Beteiligung von geringer qualifizierten Personen an Maßnahmen des lebenslangen Lernens ausgemacht. Zwar hat die kurzfristige Steigerung der Aufwendungen für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Risikogruppen dazu beigetragen, den negativen Trend bei der Arbeitslosigkeit einzudämmen, es sind jedoch weitere fortgesetzte Bemühungen erforderlich. Die niedrige Beteiligung geringer qualifizierter Personen am lebenslangen Lernen ist nach wie vor Anlass zur Besorgnis.

Angesichts des höheren Armutsrisikos von Frauen (dies gilt insbesondere für allein erziehende und ältere Frauen) ist anscheinend ein entschlosseneres Vorgehen vonnöten. Gender Mainstreaming und geschlechtsspezifische Maßnahmen werden zwar in einigen Interventionsbereichen erwähnt, aber innerhalb der Strategie nicht deutlich hervorgehoben. Die benachteiligte Stellung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere hinsichtlich

atypischer Beschäftigungsverhältnisse mit eingeschränkter Arbeitsplatzsicherheit und in Bezug auf das geschlechtsspezifische Lohngefälle, wird nicht unmittelbar thematisiert.

Der Europäische Sozialfonds wird, obwohl sein Beitrag gegenüber dem laufenden Programmplanungszeitraum um etwa ein Drittel verringert ist, auch 2007-13 die österreichische Politik der sozialen Eingliederung unterstützen, insbesondere über Hilfen für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen.

3.3 Maßnahmen

Maßnahmen mit der Zielgruppe Kinder und junge Menschen sollen die Kinderarmut in den nächsten 10 Jahren von derzeit 15 % auf 10 % verringern. Monetäre Transferleistungen, wie die Erziehungs- und Familienzulagen und Steuervergünstigungen sind bereits eingeführt worden. Da die Auswirkungen des Erziehungszulagensystems auf die soziale Eingliederung umstritten sind, ist eine genaue Überwachung sowie möglicherweise eine Anpassung angezeigt. Die Beschäftigungsmöglichkeiten für Eltern sollen dadurch verbessert werden, dass die Vereinbarkeit von Familien- und Arbeitsleben erleichtert wird, insbesondere durch Bereitstellung zusätzlicher Kinderbetreuungseinrichtungen. Der festgestellte zusätzliche Bedarf von 18 000 Plätzen ist aber wohl zu niedrig angesetzt und das sich daraus ergebende Ziel ist nicht ehrgeizig genug, um bei den Aussichten von Eltern, insbesondere Frauen, auf dem Arbeitsmarkt eine entscheidende Verbesserung herbeizuführen. Die Investitionen in das Entwicklungspotenzial von Kindern konzentrieren sich darauf, die Lesefähigkeit in Grundschulen zu fördern und einen frühzeitigen Deutschunterricht für Kinder mit anderer Muttersprache zu erteilen. Weitere Bemühungen zur Verbesserung der Qualifikationen von jungen Menschen mit Migrationshintergrund könnten sich angesichts der hohen Schulabbrecherquote durchaus als erforderlich erweisen. Die Integration von jungen Menschen in den Arbeitsmarkt wird durch aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit erheblichen zusätzlichen Aufwendungen bis 2006-2007 flankiert. Seit 2004 besteht ein rechtlich verbindliches Ziel, allen jugendlichen Arbeitslosen unter 25 innerhalb von drei Monaten eine Qualifikations- oder Wiedereingliederungsmaßnahme anzubieten. Mithilfe von Zuschüssen für Lehrstellen konnte die Lücke zwischen Nachfrage und Angebot verringert, aber nicht geschlossen werden. Man plant neben aktiven arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen eine Reihe sonstiger wichtiger Eingliederungsinstrumente, wie zum Beispiel Gesundheitsförderung in Schulen, Unterstützungsmaßnahmen für junge Menschen in Krisensituationen und Resozialisierung von straffälligen Jugendlichen. Allerdings werden die entsprechenden Ziele und Umsetzungspläne nicht konkretisiert.

Hinsichtlich der Eingliederung benachteiligter Gruppen in den Arbeitsmarkt zielt die Strategie darauf ab, das EU-Ziel einer Beschäftigungsquote von 70 % noch vor 2010 zu erreichen (68,6 % im Jahre 2005), und insbesondere, die Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer noch zu steigern. Eine weitere Zielsetzung ist die Verringerung der Arbeitslosigkeit. Dabei besagt eine der Zielvorgaben, dass 97% der Arbeitslosen nicht zu Langzeitarbeitslosen werden sollten. Allerdings setzt man sich nicht mit dem Problem der erwerbstätigen Armen auseinander. Man hat eine Reihe aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Langzeitarbeitslose, ältere Menschen, Frauen, Migranten und Niedrigqualifizierte vorgesehen, die auch eine Hauptstütze der im nationalen Reformprogramm festgelegten Beschäftigungsmaßnahmen darstellen. Diese Maßnahmen sind für 2006/Mitte 2007 erheblich ausgebaut worden und bieten Qualifikationen oder Arbeitsplätze für 60 000 zusätzliche Personen an. Die Wirksamkeit einiger der Qualifikationsmaßnahmen ließe sich dadurch verbessern, dass sie besser auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten werden. Zwar werden einige Maßnahmen zur Verringerung der geschlechtsspezifischen Segregation auf dem

Arbeitsmarkt vorgeschlagen, man beschäftigt sich jedoch nicht mit der Zunahme von Minijobs und atypischen Beschäftigungsverhältnissen ohne vollständige soziale Absicherung für Frauen. Das Fremdenrechtspaket, das 2006 in Kraft trat, wird den Zugang von Migranten zum Arbeitsmarkt erleichtern, wie auch Berufsberatungs- und Qualifikationsmaßnahmen.

Mit Maßnahmen zur Steigerung der Beteiligung von behinderten Menschen will man Bedingungen schaffen wie für Menschen ohne Behinderungen. Dies setzt eine Einbeziehung in Regelschulen und, so weit wie möglich, in den ersten Arbeitsmarkt voraus, sowie barrierefreie Infrastrukturen. Die Maßnahmen umfassen eine Ausweitung der Unterstützung für frühzeitiges Lernen für Kinder und des Bereichs integrierte Schulen (gemeinsame Schulen für Behinderte und nichtbehinderte Menschen), eine Intensivierung spezifischer aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für diese Zielgruppe für 2006/Mitte 2007 und eine verstärkte Unterstützung für Beschäftigungstherapien, alternative Wohnformen und persönliche Betreuung. Die Chancengleichheit will man durch kürzlich verabschiedete gesetzliche Bestimmungen zur Bekämpfung von Diskriminierungen voranbringen. Dabei werden Unternehmen mittlerer Größe finanzielle Anreize für Investitionen in einen barrierefreien Zugang angeboten.

Beim Einsatz von Mitteln des Europäischen Sozialfonds im Zeitraum 2007-13 in Österreich wird man das Schwergewicht auf die Einbeziehung benachteiligter Gruppen der Gesellschaft legen, insbesondere ältere Menschen, Niedrigqualifizierte, behinderte Menschen und Menschen am Rande des Arbeitsmarktes.

3.4 Governance

Der Abschnitt des Strategieberichts zum Thema Eingliederung wurde in Abstimmung mit den wichtigsten Akteuren auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene ausgearbeitet, einschließlich von Sozialpartnern und NRO-Dachorganisationen. Angesichts des knappen Zeitplans war jedoch eine ausführliche Erörterung der zu Grunde liegenden Strategieentscheidungen nicht möglich. Man hat sich darum bemüht, die Einbeziehung von NRO dadurch zu erweitern, dass die beiden wichtigsten Dachorganisationen aufgefordert wurden, eine Erhebung über den bestehenden Reformbedarf durchzuführen, die für die zukünftige Strategieplanung genutzt werden soll. Es ist beabsichtigt, eine Gruppe unabhängiger Sachverständiger mit der kontinuierlichen Überwachung und Evaluierung der Umsetzung zu betrauen. Die Ergebnisse sollten als Grundlage für die Ausarbeitung des nächsten Strategieberichts dienen.

4. Renten

Im Jahre 2004 hatten ältere Menschen einen Lebensstandard, der fast dem der allgemeinen Bevölkerung gleichkam (95 %), während das Armutsrisiko bei älteren Menschen mit 14 % (die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind hier hoch, der Wert liegt bei 10 % bei Männern und 17 % bei Frauen) leicht über dem der Bevölkerung unter 65 liegt. Auch nach einem Anstieg in letzter Zeit liegt die Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer 2005 immer noch bei einem niedrigen Wert von 31,8 %.

In dem „Nachhaltigkeitsbericht" 2006 wurde Österreich als Mitgliedstaat mit geringem Risiko hinsichtlich der Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen eingestuft. Nach den Projektionen der Arbeitsgruppe „Auswirkungen der Bevölkerungsalterung" (AWG) von 2005 rechnet man damit, dass in Österreich von einer alternden Bevölkerung nur ein geringer Druck auf die öffentlichen Finanzen ausgehen wird. Von einem Ausgabenausgangspunkt von 13,4 % des

BIP im Jahre 2004 erwartet man zwischen 2004 und 2030 einen Anstieg von 0,6 % des BIP, wohingegen anschließend ein Rückgang von 1,7 % bis 2050 prognostiziert wird, was dazu führt, dass das Niveau der öffentlichen Rentenausgaben im Jahre 2050 um insgesamt 1,2 % niedriger liegen wird als 2004. Nach den Vorausschätzungen der Untergruppe Indikatoren des Sozialschutzausschusses (ISG) sollte vor der Rentenreform von 2004 die theoretische Rentenersatzquote eines Erwerbstätigen, der nach 40 Beitragsjahren mit Durchschnittsverdienst im Alter von 65 Jahren in Rente geht, langsam von 74 % auf 67 % (2050) zurückgehen, was insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass man eine Verlustgrenze von 10 % für Rentenansprüche eingeführt hat, die noch in dem System vor der Reform erworben worden sind. Nach der Reform erwartet man in Österreich, dass trotz einer abnehmenden Steigerungsrate die theoretische Bruttoersatzquote bis 2050 auf 69 % (84 % netto) absinken wird.

Im Gemeinsamen Bericht über Sozialschutz und soziale Eingliederung 2006 wurde hervorgehoben, dass die Reform von 2004 einen wichtigen Schritt in Richtung auf modernisierte und nachhaltigere Renten darstelle, und man betonte, dass eine beträchtlich höhere Beschäftigung älterer Arbeitnehmer erforderlich sei, um die Angemessenheit und Nachhaltigkeit zukünftiger Renten zu gewährleisten; außerdem komme es darauf an, die Angemessenheit von Renten zu überwachen und, falls erforderlich, Optionen zu überprüfen. Mit dieser Reform hat Österreich die Rentensysteme dadurch harmonisiert, dass man ein einheitliches Rentenrecht für alle Berufe für Personen unter 50 Jahren eingeführt hat. Aus dieser Rentenreform ergibt sich eine sehr viel stärkere Verknüpfung zwischen Beiträgen und Leistungen, einschließlich eines „Bonus/Malus"-Systems bei späterem/früherem Eintritt in den Ruhestand und eine Umstellung der Rentenindexierung auf die Verbraucherpreise von 2006.

Zwar wurden die Mindestrenten 2006 leicht angehoben, sie bleiben jedoch unterhalb der Armutsgrenze, was die derzeitige Ausprägung der Armut bei Frauen stark beeinflusst. Das Renteneintrittsalter wird auf lange Zeit für Frauen niedriger bleiben als für Männer und soll zwischen 2024 und 2033 von 60 auf 65 Jahre angehoben werden. Allerdings könnte sich das Armutsrisiko für Rentnerinnen in Zukunft erhöhen, wenn die Beteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt nicht weiter verstärkt wird.

5. Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege

5.1 Gesundheitsversorgung

Beschreibung des Systems: Für das Gesundheitssystem ist der Bund zuständig mit Ausnahme von Spitalsangelegenheiten; hier ist der Bund nur für die Grundsatzgesetzgebung zuständig, für die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung hingegen die Länder. Deshalb schließen Bund und Länder Vereinbarungen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ab. Etwa 50 % der Gesundheitsausgaben werden durch Krankenversicherungsbeiträge finanziert, 20 % durch Steuereinnahmen und 30 % durch die privaten Haushalte (inkl. private Krankenversicherung). Die ambulante Versorgung wird zum größten Teil durch selbständige Angehörige der medizinischen Fachberufe gewährleistet. Krankenhausambulanzen, die den Krankenhausbetreibern oder der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, übernehmen ebenfalls die sekundäre ambulante und zahnmedizinische Versorgung. Allgemeinmediziner koordinieren die Behandlung und stellen Überweisungen aus; außer in Notfällen weisen sie die Patienten auch ins Krankenhaus ein. An die Ambulanzen wenden sich die Patienten oft direkt. Die öffentlichen Gesundheitsbehörden sind für die Vorsorgeuntersuchungen von Kindern und Erwachsenen zuständig, deren Kosten

oft von den gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert werden. In akuten Fällen wird die sekundäre und tertiäre Krankenhausversorgung von „Fondskrankenanstalten" (sie gehören den Gemeinden, den Ländern, den Religionsgemeinschaften oder anderen gemeinnützigen Trägern) oder von privaten Krankenhäusern sichergestellt[78].

Zugang: Der Großteil der Bevölkerung ist in der sozialen Krankenversicherung pflichtversichert. Sie erfasst 98 % der Einwohner, darunter Sozialhilfeempfänger, deren Beiträge von den Ländern gezahlt werden. Die Krankenversicherung deckt sämtliche mit der Behandlung von Krankheiten zusammenhängenden Leistungen ab. Alle Versicherten haben Anspruch auf die gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsleistungen. Eine Bedürftigkeitsprüfung findet nicht statt. Wenn die Versicherten Leistungen in Anspruch nehmen, müssen sie Zuzahlungen leisten. Ausnahmen gibt es für Geringverdiener und Personen, die nachweisen können, dass ihre Krankheitskosten den Durchschnitt übersteigen. Ergänzende private Krankenversicherungen dienen meist der Finanzierung einer besseren Unterbringung im Krankenhaus oder der freien Arztwahl in privaten Kliniken. Nach wie vor sind jedoch etwa 2 % der Einwohner Österreichs nicht krankenversichert. Die Sozialhilfe, für die die Länder zuständig sind, zahlt für bestimmte nicht versicherte Personen die Behandlungskosten. Neue Rechtsvorschriften erweitern den Zugang zur Gesundheitsversorgung, insbesondere durch Ausdehnung der sozialen Krankenversicherung auf hilf—und schutzbedürftige Asylbewerber. In Österreich werden auf nationaler Ebene keine Daten zu Wartelisten erhoben, doch scheinen Wartezeiten kein größeres Problem zu sein.

Qualität: Auf Bundesebene sind in den letzten Jahren zahlreiche Gesetze und Verordnungen erlassen worden, die zum Teil qualitätsspezifische Vorgaben enthalten (derzeit ca. 50 Normen). Auch die Länder haben verschiedene Normen festgelegt. Der Rahmen für eine obligatorische Qualitätssicherung wurde durch Erlass von Rechtsvorschriften gestärkt, insbesondere durch das Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen. Die Herausforderung für die Zukunft besteht nun darin, diese Rechtsvorschriften umzusetzen. Der Bund hat viele qualitätsbezogene (Projekt)-Maßnahmen zu Themen wie Nahtstellenmanagement, Qualitätsberichterstattung, Patientenberatung, Verwendung von Antibiotika und Vermeidung unerwünschter Ereignisse finanziert.

Langfristige Finanzierbarkeit: Die Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung (7,5 % des BIP und 2365 PPP$ pro Kopf im Jahr 2004) lagen – auf das BIP bezogen – leicht unter dem EU-Durchschnitt. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben als Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben beliefen sich auf ca. 67,6 % und blieben im Zeitraum von 1998 bis 2004 weitgehend konstant[79]. Bezüglich der Ausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen wurde im Jahr 2006 vom Wirtschaftspolitischen Ausschuss der EG ein durch die Alterung der Bevölkerung bedingter Anstieg um 1,6 Prozent des BIP bis 2050 prognostiziert, die nationale Prognose beläuft sich auf 1,2 % des BIP. Der möglichst effiziente Einsatz der vorhandenen finanziellen Mittel stellt eine konstante Herausforderung im Hinblick auf die Sicherung der finanziellen Tragbarkeit dar und macht eine Nutzung der Rationalisierungs- und Effizienzsteigerungspotenziale notwendig. Es werden kontinuierlich politische Gespräche mit den Ärzte- und Apothekerverbänden sowie den pharmazeutischen

---

78 Snapshots of health systems, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005

79 Im Rahmen des OECD-Kontensystems für die Gesundheitsausgabenrechnung wurden die Kostenberechnungen kürzlich revidiert, so dass sich höhere Ausgaben ergeben und Österreich nunmehr im oberen Durchschnitt der Mitgliedstaaten liegt.

Unternehmen geführt und Vereinbarungen abgeschlossen, um den Kostenanstieg bei den Arzneimitteln zu dämpfen. Durch diese Neuerungen, zu denen ein geändertes Erstattungssystem für pharmazeutische Innovationen und Generika gehört, konnte der Kostenanstieg, der sich früher auf 7-9 % belaufen hatte, im Jahr 2005 auf 3 % gesenkt werden. Die demografische Entwicklung und die steigende Nachfrage nach Leistungen stellen das Gesundheits- und Sozialwesen vor große Probleme. Das System der Pflege und Langzeitpflege wird immer komplizierter und lässt den quantitativen Bedarf und die qualitativen Ansprüche an gut ausgebildete Pflegekräfte steigen.

5.2 Langzeitpflege

Beschreibung des Systems: Das österreichische Pflegesystem besteht aus zwei Komponenten. Im Jahr 1993 wurde ein Pflegegeld eingeführt, auf das alle Pflegebedürftigen Anspruch haben. Diese Leistung wird ausschließlich aus Steuern finanziert. Etwa 4 % der Bevölkerung erhalten ein siebenstufiges Pflegegeld je nach dem zeitlichen Pflegeaufwand pro Monat[80]. Das Pflegegeld ist ein pauschalierter Beitrag zu den pflegebedingten Mehraufwendungen und ermöglicht den Betroffenen, ihr Leben selbst zu gestalten, wie z. B. in der gewohnten Umgebung zu verbleiben. Die Bereitstellung der sozialen Dienste für Pflegebedürftige fällt in die Zuständigkeit der Länder. 1993 schlossen Bund und Länder eine Vereinbarung ab, in dem ein Leistungskatalog und Qualitätsstandards festgelegt sind. Der Bund hat sich verpflichtet, betreuende Angehörige in die Sozialversicherung aufzunehmen. 80 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause von Angehörigen gepflegt.

Zugang: Das System der Pflegevorsorge des Bundes und der Länder gilt für alle pflegebedürftigen Personen, unabhängig vom Alter[81]. Personen, die nicht zum anspruchsberechtigten Personenkreis des Bundespflegegeldgesetzes gehören, erhalten Pflegegeld in gleicher Höhe und nach gleichen Grundsätzen von den Ländern. Der Anspruch besteht unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit. Allerdings werden Einkommen und Vermögen sowie das Pflegegeld bei der Berechnung der Kostenbeiträge berücksichtigt, die der Empfänger sozialer Dienste zahlen muss. Reicht das Einkommen oder Vermögen des Haushalts für die Finanzierung der Dienste nicht aus, so kann die Sozialhilfe eine ergänzende Leistung zum Pflegegeld zahlen. Die Heimpflege gewährleisten vorwiegend die Länder und Gemeinden oder Religionsgemeinschaften bzw. andere gemeinnützige Träger. Gemeinnützige Organisationen bieten auch häusliche Pflege an. Die informelle Betreuung spielt in Österreich traditionell eine große Rolle. Der formelle Pflegesektor wächst noch, allerdings gibt es erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit solcher Dienste, insbesondere im Bereich der Unterstützung pflegender Angehöriger (z. B. durch Beratung und vorübergehende Entlastung)[82].

Qualität: Es werden verschiedene Anstrengungen unternommen, um die Qualität der Pflege zu verbessern. Die Einführung einheitlicher und verbindlicher Qualitätskriterien und von Qualitätssicherungsverfahren im Sozialwesen stellt eine Herausforderung dar. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe, die der Bund mit den Ländern abgeschlossen hat und die seit Juli 2005 in Kraft ist. Darin wurden einheitliche Standards für die Ausbildung und Ausübung von Sozialberufen festgelegt. Besonderer Wert

---

80 Snapshots of health systems, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005

81 Long-term care for older people – ISBN 92-64-00848-9 – © OECD 2005

82 Long-term care for older people – ISBN 92-64-00848-9 – © OECD 2005

wird auf Standards für ambulante Hilfen gelegt, u. a. auf die freie Wahl zwischen den verfügbaren Diensten und die Qualitätssicherung und –überwachung durch die Länder. Die im Jahr 1993 geschlossene Vereinbarung legt ebenfalls Mindeststandards für die Heimpflege fest; hier gilt der Grundsatz der prioritären Unterbringung in kleinen, in die Wohngemeinden integrierten Heimen sowie der freien Arztwahl. Alle Länder haben inzwischen Rechtsvorschriften für die Aufsicht über Alten- und Pflegeheime erlassen, die u. a. den rechtlichen Schutz der HeimbewohnerInnen gewährleisten. Die Strategie der „Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung" gewinnt für die Empfänger und Anbieter von Pflegeleistungen zunehmend an Bedeutung. Hausbesuche diplomierter Krankenpflegepersonen sind ein wesentliches Instrument der Kontrolle, Information und Beratung aller Beteiligten in der konkreten Pflegesituation. Die Unterstützung pflegender Angehöriger gilt als oberste Priorität in der Weiterentwicklung der Pflegevorsorge, denn diese leisten durch ihre Tätigkeit einen gesellschaftspolitisch äußerst wertvollen Beitrag, der jedoch oftmals mit starker physischer und psychischer Belastung verbunden ist.

Langfristige Finanzierbarkeit: Im Jahr 2005 betrug der Aufwand des Bundes für Pflegeleistungen 1566 Mio. €. Im Bereich der Länder betrug der Aufwand für Leistungen nach den Landespflegegeldgesetzen im Jahr 2004 rund 282 Mio. €. Die Ausgaben für Sachleistungen im Bereich der sozialen Dienste lagen im Jahr 2004 insgesamt bei 1423 Mio. €, die vorwiegend aus den Landesbudgets (Sozialhilfe) und zum Teil von den Gemeinden bestritten wurden; von den Nutzern dieser Dienste werden Kostenbeiträge erhoben, bei deren Festsetzung soziale Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Nach den Projektionen des Wirtschaftspolitischen Ausschusses der EG im Jahr 2006 wird mit einem Anstieg der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege in Höhe von 0,6 % des BIP im Jahr 2004 auf 0,9 % des BIP bis 2050 gerechnet (diese Projektionen beziehen sich nur auf die Ausgaben nach dem Bundespflegegeldgesetz). Eine wesentliche Herausforderung, die sich in Bezug auf die langfristige Finanzierbarkeit der Langzeitpflege stellt, ist die demografische Entwicklung, die einen steigenden Bedarf an Sozialdiensten und damit eine Kostensteigerung zur Folge haben könnte; es wird allerdings damit gerechnet, dass diese Folgen durch spürbare Beschäftigungseffekte ausgeglichen werden. Eine unmittelbare Herausforderung, die von der neuen Regierung als wichtiger Punkt in ihre Agenda aufgenommen wurde, betrifft die derzeit unzureichende Verfügbarkeit professioneller Betreuungskräfte und die Einstellung von Wanderarbeitnehmern.

6. Herausforderungen für die Zukunft

- Es sind weitere Anstrengungen erforderlich, um die „Vererbung" von Armut zu verhindern; in diesem Zusammenhang sollten Maßnahmen des lebenslangen Lernens stärker mit Maßnahmen zur sozialen Eingliederung, insbesondere von jungen Zuwanderern, verknüpft werden.

- Intensivierung der Maßnahmen im Hinblick auf eine aktive Eingliederung von Frauen, insbesondere von allein erziehenden Müttern, von älteren Arbeitnehmerinnen und Rentnerinnen.

- Sicherung der Angemessenheit und Finanzierbarkeit der künftigen Renten durch erhebliche Steigerung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer. Dabei wird der Überwachung des Armutsrisikos für Rentner sowie der Ersatzquoten und ggf. der Überarbeitung politischer Optionen große Bedeutung zukommen.

- Verstärkte Kontrolle des Anstiegs der Gesundheitsausgaben durch kontinuierliche Einwirkung auf die verschiedenen Kostensteigerungsfaktoren (z. B. Arzneimittel) und Verbesserung der Gesamteffizienz des Gesundheitssystems.

- Weitere Maßnahmen, um informelle Betreuer (Angehörige) zu unterstützen und um die für die Langzeitpflege in Zukunft notwendigen professionellen Pflegekräfte einzustellen, auszubilden und zu halten, vor allem vor dem Hintergrund eines veränderten Familienumfelds.

- Praktische Umsetzung des neuen Rechtsrahmens für Qualitätsstandards und -verfahren im Bereich der Gesundheits- und Pflegedienste.

AUSTRIA: data summury sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	3.4	125.5
2002	0.9	120.0
2004	2.4	123.4
2006	3.1f	123.3f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	68.5	77.3	59.6	52.4	28.8
2002	68.7	76.4	61.3	51.7	29.1
2004	67.8b	74.9b	60.7b	51.9b	28.8b
2005	68.6	75.4	62.0	53.1	31.8

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	3.6	3.1	4.3	5.3
2002	4.2	4.0	4.4	6.7
2004	4.8	4.4	5.3	9.4
2005	5.2	4.9	5.5	10.3

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	73.3	79.9	14.9	18.6	60.0	na	5.4
2000	75.1	81.1	16.0	19.4	64.6	68.0	4.8
2004	76.4sp	82.2sp	16.9sp	20.3sp	66.2e	69.6e	4.5

WHO	Total health exp %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop	Pop.covered by PHI** % of pop
1995	8.5	69.7			0.1
2000	7.5	68.1	20.4	99	
2004	7.5	67.6	19.2	98	31.8

s: Eurostat estimate; p: provisional *THE: Total Health Expenditures **PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	28.7	46.9	25.6	5.8	11.3	1.3	9.1
2000	28.2	48.4	25.4	5	10.7	1.4	9.1
2004	29.1	48.2	25	6	10.7	1.8	8.3

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	23.6	25.4	13.4	5.3	0.6
2010	26.3	-1			
2030	40.8	0.8	0.6	1	0.3
2050	53.2	0.1	-1.2	1.6	0.9

AUSTRIA: data summury sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	12	15	12	11	14	15	14	15	18	14	**Total**	3.8
male	11	-	11	11	10	15	-	17	19	12	**male**	-
femal	13	-	13	11	17	15	-	15	17	15	**female**	-

	People living in jobless households					Long Term unemployment rate				Early school-leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	4.2	8.2	6.5	9.8	**1999**	1.2	0.9	1.5	**1999**	10.7	9.6	11.9
2004	5.6i	8.8i	7.6i	10.0i	**2004**	1.3 b	1.3b	1.4b	**2004**	8.7i	9.5i	7.9i
2006	7.2	8.8	7.8	9.8	**2005**	1.3	1.2	1.4	**2005**	9.0	9.4	8.5

**: excluding students; i: change in methodology; b: break in series*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.95	1.02	0.91	***Aggregate replacement ratio***	0.67	0.67	0.67

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*						
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates			
									Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions		
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Estimate of current (2002)		Assumption
4	5	5	DB	/	/	100	/		22.8		/	/

**:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

POLSKA

1. Sytuacja i główne trendy

W ostatnich latach w Polsce obserwuje się trwały wzrost gospodarczy (3,2 % w 2005 r. i według prognoz 5,2 % w 2006 r.), co nie przekłada się jednak na istotny wzrost liczby miejsc pracy. Pomimo iż wskaźnik zatrudnienia wzrósł w 2005 r. o 1 punkt procentowy do poziomu 52,8 %, jest to nadal najniższa wartość w UE, zwłaszcza w odniesieniu do kobiet (46,8 %) i osób starszych (27,2 %). Stopa bezrobocia spadła o ponad 1 punkt procentowy i w 2005 r. wyniosła 17,7 % (16,6 % dla mężczyzn i 19,1 % dla kobiet). Stopa długotrwałego bezrobocia pozostająca na poziomie 10,2 % stanowi drugą co do wielkości wartość w UE. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem[83] w 2004 r. wyniósł 21 %, czyli znacznie powyżej średniej dla UE. Grupą najbardziej zagrożoną ubóstwem były dzieci. W 2004 r. całkowite wydatki na świadczenia socjalne, jako odsetek PKB, osiągnęły 20 %, z czego 60,1 % stanowiły wydatki związane z emeryturami, 19,5 % – z opieką zdrowotną, a 11,5 % – z niepełnosprawnością. Jedynie 0,8 % wydatków przeznaczono na cele mieszkaniowe i zwalczanie wykluczenia społecznego.

Przewiduje się, że w nadchodzących dziesięcioleciach w Polsce wystąpią podobne trendy demograficzne co w większości państw członkowskich UE: wskaźnik uzależnienia starszych obywateli od świadczeń wzrośnie do 2025 r. z obecnego poziomu 19 % do 33 % i do 51 % do 2050 r. (zatem prawie do poziomu średniej dla państw UE-25 równej 52 %). Wskaźniki dotyczące przewidywanej długości życia (70,6 i 79,2 lat dla mężczyzn i kobiet w 2004 r.) utrzymują się poniżej średniej dla UE, ale w ostatnim dziesięcioleciu systematycznie rosną (w 1995 r. wynosiły one 67,6 i 76,4) po spadku w latach 1989–1991. W Polsce odnotowuje się gwałtowny spadek współczynnika dzietności: z 2,0 w 1999 r. do 1,2 w 2004 r. Chociaż poziom umieralności niemowląt znacząco i trwale spada (z 56,1 w 1960 r. do 13,6 w 1995 r., 7,0 w 2003 r. i 6,8 w 2004 r.), to jest on jednym z najwyższych w UE[84]. Długość życia w dobrym stanie zdrowia (62,5 lat dla mężczyzn i 68,9 lat dla kobiet) jest niższa niż średnia dla UE-15 (64,3) dla mężczyzn, natomiast dość wysoka, a nawet przewyższająca średnią dla UE-15 (65,8) dla kobiet. Śmiertelność okołoporodowa także jest wysoka (w 2003 r. wynosiła 7,5).

2. Ogólna koncepcja strategiczna

Sprawozdanie z wykonania strategii krajowych (SSK) jako główny cel polityki wskazuje stworzenie zintegrowanych systemów realizowania polityki państwa prowadzące do większej integracji społecznej wspieranej przez uzupełniające się nawzajem działania w ramach polityki społecznej i gospodarczej, wzrost zatrudnienia, ład administracyjno-regulacyjny i zaangażowanie różnych stron zainteresowanych w opracowanie, wdrażanie i monitorowanie polityki. W celu osiągnięcia tego celu SSK określa szeroką gamę priorytetów i konkretnych środków w obszarze integracji społecznej, zabezpieczenia społecznego i opieki zdrowotnej, nie dokonując jednakże systematycznej oceny ich wpływu na spójność społeczną i równe szanse dla wszystkich. Należy w większym stopniu rozwinąć synergię i powiązania między tymi trzema obszarami polityki we wspólnym dążeniu do osiągnięcia celów strategicznych.

---

83 W wyniku wdrożenia w 2005 r. statystyki dochodów i warunków życia (EU-SILC) wartości wskaźników uzależnionych od dochodów (wskaźników zagrożenia ubóstwem, S80/S20, zagregowanej stopy zastąpienia itp. dla dochodu w 2004 r.) nie mogą być porównywane z szacunkami przedstawionymi w latach ubiegłych, z tego względu duże różnice notowane z roku na rok nie są miarodajne. W okresie przejścia do EU-SILC (patrz nota metodologiczna) szacunki te opierały się na krajowych badaniach nad budżetami gospodarstw domowych, które nie były jednakże w pełni zgodne z metodologią SILC opartą na szczegółowych danych dotyczących dochodu.

84 W 2004 r. średnia w UE wynosiła 4,5.

W dziedzinie polityki makroekonomicznej i polityki zatrudnienia koncepcja polityczna zawarta w SSK powiązana jest z Krajowym Programem Reform (KPR). KPR ma na celu uzupełnienie SSK poprzez: zreformowanie rozmaitych systemów pomocy społecznej prowadzących do zbyt wczesnego wycofywania się z rynku pracy; poprawę systemu ubezpieczeń społecznych rolników; kontynuację prac nad reformą opieki zdrowotnej oraz aktywizację zawodową grup najbardziej narażonych na ubóstwo, w tym osób niepełnosprawnych.

Przewiduje się wprowadzenie odrębnego priorytetu w sferze rządów, którego celem byłaby poprawa koordynacji polityki, większe zaangażowanie wszystkich zainteresowanych stron oraz włączenie idei polityki społecznej w główny nurt polityki państwa. Pomimo licznych wysiłków podejmowanych w celu określenia wskaźników w części SSK dotyczącej integracji społecznej, niestety brak jest skwantyfikowanych celów. Natomiast w ograniczonym zakresie włączono wymiar równości płci. W sposób ogólny nakreślono spójną koncepcję włączania problematyki równości płci do głównego nurtu polityki oraz wskazówki dotyczące sposobów rozwiązywania konkretnych problemów kobiet znajdujących się w trudnej sytuacji; tematy te wymagają jednak większej uwagi.

3. Integracja społeczna

3.1 Główne trendy

Pomimo trwałego wzrostu gospodarczego w Polsce nadal odnotowuje się najgorszy wskaźnik zatrudnienia i bezrobocia w UE. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wynosił 21 % dla mężczyzn i 20 % dla kobiet. Ubóstwo i wykluczenie społeczne wiążą się przede wszystkim z utratą pracy. W 2004 r. wskaźnik skrajnego ubóstwa (który w statystyce krajowej dotyczy "koszyka dóbr" obejmującego te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, a których konsumpcja niższa od poziomu wyznaczonego tą granicą prowadzi do biologicznego wyniszczenia) w gospodarstwach domowych, w których co najmniej jedna osoba była bezrobotna wynosił 26 %, podczas gdy w gospodarstwach, w których wszyscy pracowali wskaźnik ten wynosił tylko 7 %. Problem ubóstwa osób pracujących dotyczył 14 % zatrudnionych, wśród nich przede wszystkim osób pracujących na własny rachunek. Do grup szczególnie dotkniętych ubóstwem i społecznym wykluczeniem należą dzieci (29 %), osoby młode, osoby długotrwale bezrobotne oraz osoby mieszkające na obszarach wiejskich i obszarach charakteryzujących się gorszą sytuacją społeczną. Istnieje także wysoki stopień korelacji między zagrożeniem ubóstwem a dużą liczbą dzieci w gospodarstwie domowym.

Transfery socjalne mają istotny wpływ na obniżenie bezrobocia. W Polsce wskaźnik zagrożenia ubóstwem przed transferami socjalnymi jest najwyższy w UE (51 % w 2004 r.). Największy wpływ transferów socjalnych na obniżenie bezrobocia można zaobserwować wśród osób w wieku powyżej 64 lat (głównie ze względu na emerytury). Pomimo iż zasiłki dla bezrobotnych same w sobie nie zapewniają wysokiego wskaźnika zastąpienia (65 %), jednak w połączeniu z transferami socjalnymi generują one znaczną pułapkę bezrobocia (83 %).

Poziom wykształcenia Polaków poprawia się, a odsetek osób w wieku 22 lat posiadających wykształcenie na poziomie ponadgimnazjalnym należy do najwyższych w UE (90 %). W 2005 r. liczba osób, które przedwcześnie zakończyły edukację kształtowała się na niskim poziomie 5,5 %. System edukacyjny cechuje jednak wiele nierówności, zwłaszcza pomiędzy obszarami wiejskimi a miejskimi. Najwyższa w UE stopa bezrobocia wśród młodzieży na

poziomie 36,9 % ujawnia rozbieżność pomiędzy systemem edukacyjnym a zapotrzebowaniem gospodarki.

3.2 Kluczowe wyzwania i priorytety

Polska ustaliła trzy priorytety w dziedzinie integracji społecznej: wsparcie rodzin z dziećmi mające na celu wyrównanie dostępu do towarów i usług, zapewnienie bezpieczeństwa ekonomicznego i ułatwienie pracownikom godzenia życia zawodowego z rodzinnym; integrację przez aktywizację, głownie poprzez budowę ekonomii społecznej, reformę narzędzi i instrumentów aktywnej integracji i wsparcie partnerstwa publiczno-prywatnego; a także mobilizację i partnerstwo poprzez wzmocnienie instytucji opieki społecznej, zacieśnienie współpracy z instytucjami na rynku pracy. Powyższe działania będą uzupełnione o priorytet polegający na osiągnięciu ładu administracyjno-regulacyjnego, co zapewni lepszą koordynację polityki oraz większą kontrolę na procesem integracji społecznej.

Przedstawiona koncepcja strategiczna jest zgodna z wspólnymi celami w zakresie zwalczania ubóstwa i wykluczenia społecznego. Odpowiada także na wyzwania specyficzne dla każdego z państw członkowskich, określone dla Polski we Wspólnym raporcie na temat zabezpieczenia społecznego i integracji społecznej za 2006 r. SSK wymaga jednak stworzenia konkretniejszego planu działań zmierzających do osiągania celów strategicznych. Strategia łączy kontynuację polityki bieżącej z nowymi inicjatywami. Niektóre środki długoterminowe, które mogłyby znacząco zapobiegać wykluczeniu społecznemu (czyli mieszkania o bardziej przystępnych cenach, rozwój usług opiekuńczych), są nadal na etapie planowania. Integracja różnych środków w ramach programów edukacyjnych i ich udział w osiąganiu celów tej polityki muszą być coraz szerzej uznawane. Pewne nieporozumienia dotyczą różnicy między celami a wyzwaniami, a pewne instrumenty przytaczane w ramach różnych priorytetów wydają się na siebie nakładać. Ponadto związek pomiędzy każdym środkiem a odpowiadającym mu celem nie zawsze jest jednoznaczny. Wreszcie listę środków politycznych można by rozszerzyć, co zapewniłoby ich długoterminowy wpływ na redukcję ubóstwa i wykluczenia społecznego.

3.3 Środki polityczne

Jeżeli chodzi o rodziny z dziećmi, proponowane środki koncentrują się na tworzeniu zintegrowanych systemów pomocy poprzez wspieranie dochodów i ułatwianie pracownikom godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi (rozwój usług opiekuńczych i promocja elastycznych form zatrudnienia). Chociaż wysoki poziom ubóstwa wśród dzieci uzasadnia stosowanie tych środków, priorytet nie zakłada walki z zagrożeniem ubóstwem i wykluczeniem społecznym, na które narażeni są samotni rodzice. Nie odnosi się on także do zapobiegania różnym uzależnieniom i ich leczenia ani też do zapobiegania i przeciwdziałania przemocy w rodzinie, które niejednokrotnie prowadzą do ubóstwa i wykluczenia społecznego dzieci. Należy także wyrównać jakość systemu kształcenia na różnych poziomach i zapewnić niezbędne środki finansowe, zwłaszcza dla uczniów i studentów z najbiedniejszych rodzin.

Grupy zagrożone wykluczeniem społecznym będą podlegać integracji głównie poprzez poprawę dostępu do rynku pracy, rozbudowę ekonomii społecznej i wzmocnienie powiązań między gwarantowanym dochodem minimalnym a instrumentami aktywizującymi. Specjalny nacisk położono na problem osób niepełnosprawnych. Polska musi przeprowadzić do końca reformy systemu świadczeń dla osób niepełnosprawnych (czyli ponownie oszacować istniejące prawa osób niepełnosprawnych), ale pierwsze kroki w kierunku poprawy niskiego poziomu aktywizacji osób niepełnosprawnych zostały już poczynione. Inne grupy

instrumentów będą się koncentrować na rozbudowie partnerstwa publiczno-społecznego poprzez wzmocnienie współpracy między podmiotami publicznymi a pozarządowymi działającymi w sektorze usług społecznych. Wsparcie ekonomii społecznej będzie odbywać się poprzez rozwój doradztwa, zakładanie lokalnych funduszy pożyczkowych i prowadzenie kampanii promocyjnej. Wdrożenie tych środków będzie jednakże zależne od uwarunkowań lokalnych, takich jak potencjał organizacyjny i finansowy instytucji pomocy społecznej i ich zdolność do mobilizowania partnerów.

Z tego względu, aby wzmocnić system pomocy społecznej i zaangażować wszystkie istotne zainteresowane strony, przewiduje się ustalenie priorytetu w dziedzinie mobilizacji i partnerstwa. Dalszy rozwój służb społecznych i instytucji pomocy społecznej będzie możliwy dzięki zwiększeniu liczby pracowników społecznych i usprawnieniu współpracy między publicznymi służbami zatrudnienia a ośrodkami pomocy społecznej. Działania uzupełniające, planowane w ramach priorytetu w dziedzinie lepszych rządów, mają na celu poprawę koordynacji politycznej, zaangażowanie wszelkich partnerów i włączenie polityki integracji społecznej w główny nurt polityki państwa. Pomimo iż Polska notuje pewien postęp w zwiększaniu potencjału administracyjnego instytucji pomocy społecznej, złożona struktura władzy i słaba koordynacja programów wdrażanych na różnych poziomach nadal jest niepokojąca.

Dokument zawiera pewne dane statystyczne ułożone według płci, ale nie jest to podejście spójne w skali całej strategii. Godzenie pracy z obowiązkami rodzicielskimi uznaje się za istotne dla podwyższenia współczynnika dzietności i przeciwdziałania międzypokoleniowemu dziedziczeniu ubóstwa, ale promowanie równości płci *per se* nie jest bezpośrednim celem. Podziału według płci grup docelowych (przedstawionego w tabelach i aneksach) nie omawia się w części strategicznej. SSK uznaje rolę EFS we wprowadzaniu planowanych środków, ale nie podaje żadnych informacji na temat planowanej alokacji środków finansowych.

3.4 Ład polityczny

W przygotowanie wstępnej wersji i przeprowadzenie konsultacji nad SSK zaangażowani byli przedstawiciele właściwych resortów, partnerzy społeczni, organizacje pozarządowe i jednostki szkolnictwa wyższego. Pomimo wysiłku podjętego w celu zachęcenia głównych uczestników procesu do aktywnego zaangażowania się w dyskusję wydaje się, że SSK nadal pozostaje poza szeroką debatą publiczną. Sytuacja ta może ulec niewielkiej poprawie, zwłaszcza na poziomie lokalnym, z chwilą wdrożenia planowanej kampanii promocyjnej. Trwają prace nad stworzeniem systemu monitorowania integracji społecznej na poziomie krajowym i wojewódzkim. Opracowane wskaźniki monitorowania obejmują zarówno główne wskaźniki wynikowe mające na celu monitorowanie postępu integracji społecznej, jak i wskaźniki nakładu mające na celu ocenę realizacji odpowiednich dziedzin polityki. Niestety SSK nie uwzględnia skwantyfikowanych celów ani nie zawiera analizy budżetowych skutków planowanych działań i strategii (wskazano w nim jednak źródła finansowania).

4. Emerytury

W 2004 r. osoby starsze osiągały standard życia relatywnie wyższy niż cała populacja (109 %), podczas gdy zagrożenie ubóstwem wśród ludzi starszych (7 %) jest znacznie niższe niż zagrożenie populacji w wieku poniżej 65 lat. Pomimo niedawnego wzrostu wskaźnik zatrudnienia dla osób starszych jest nadal bardzo niski.

W sprawozdaniu na temat stabilności za 2006 r. Polska została oceniona jako kraj członkowski UE o niskim poziomie ryzyka, jeśli chodzi o stabilność finansów publicznych. Przewidywania AWG na 2005 r. wskazują na znaczny spadek wydatków publicznych na emerytury z poziomu 13,9 % do 8,0 % PKB w latach 2004–2050 (w 2050 r. wydatki na emerytury zmaleją do 9,3 % PKB po uwzględnieniu obowiązkowego filaru kapitałowego). Niemniej jednak obliczenia wskazują, że filar repartycyjny pozostanie deficytowy aż do połowy lat trzydziestych XXI w. ze względu na koszty przejścia na nowy system. Obliczenia ISG dotyczące teoretycznej stopy zastąpienia wykazują jej stopniowy spadek między 2005 a 2050 r. z poziomu 78 % (brutto 63 %) do 44 % (brutto 36 %), chyba że utrzymają się proporcje między długością okresu zatrudnienia a długością okresu emerytury (spadek jest niższy dla osób przechodzących na emeryturę w wieku 67 lat po 42 latach płacenia składek)[85].

Polska znacząco zreformowała swój system emerytalny; nowy system istnieje od 1999 r. Powstały jednak wysokie koszty przejścia, których finansowanie będzie wymagało dużego wysiłku w następnych dziesięcioleciach. Reforma wprowadziła ponadto możliwość dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego, wspieranego finansowo przez zachęty podatkowe. Poważnym wyzwaniem jest podniesienie niskiego obecnie poziomu zatrudnienia (częściowo związanego z istnieniem pracy niezgłoszonej i z wysokim poziomem bezrobocia). Ewentualne przełożenie zachęt przewidzianych przez nowy system emerytalny na wyższy poziom zatrudnienia, a w konsekwencji lepszą stabilność finansową będzie jednakże zależeć od zdolności zatrudniania starszych pracowników i ogólnego popytu na pracę. Planowana reforma systemów wcześniejszego przechodzenia na emeryturę uległa opóźnieniu o rok, a jeżeli chodzi o system emerytur górniczych, to nastąpił powrót do zasad obowiązujących w starym systemie. Te opóźnienia w przeprowadzaniu reform osłabiają wagę przesłania o konieczności wprowadzenia zmian. Dalsze inicjatywy oznaczające powrót do starego systemu (na przykład dla osób pracujących w tak zwanych szczególnych warunkach) oznaczałyby znaczne osłabienie systemu emerytalnego.

W związku z przewidywanym spadkiem wskaźnika zastąpienia, adekwatność świadczeń emerytalnych może w przyszłości stać się problemem, zwłaszcza dla pracowników, których kariera zawodowa jest krótka, przede wszystkim kobiet. Ponadto wyrównanie ustawowego wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn pomogłoby w zniwelowaniu różnicy między płciami w zakresie uprawnień emerytalno-rentowych i przyczyniłoby się do zwiększenia wskaźnika zatrudnienia. Inne istotne kwestie pozostające do rozwiązania to kompleksowa reforma systemu emerytur rolniczych i rent, które stały się podstawową furtką do wcześniejszego opuszczania rynku pracy. Opracowanie ustawodawstwa dotyczącego etapu wypłacania świadczeń z obowiązkowego filaru kapitałowego systemu ustawowego (dożywotnich rent) powinno się wkrótce zakończyć, jako że pierwsze świadczenia w ramach nowego systemu będą musiały być wypłacone w 2009 r.

5. Opieka zdrowotna i opieka długoterminowa

5.1 Opieka zdrowotna

Opis systemu: System obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego zarządzany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i jego oddziały wojewódzkie (16) zapewnia osobom

[85] Obliczenia te oparto na wzroście płac idącym w parze z względnie silnym wzrostem wydajności i jednolitą stopą procentową w UE. Jakiekolwiek odejście od tych założeń może skutkować mniej wyraźnym spadkiem wskaźników zastępowania.

ubezpieczonym powszechną ochronę w postaci określonego pakietu świadczeń (zawierającego także wykaz świadczeń wyłączonych). Świadczenie opieki zdrowotnej jest zdecentralizowane (odbywa się na trzech szczeblach: centralnym, wojewódzkim i gminnym), a niezbędne środki wypłacane są przez zdecentralizowane oddziały NFZ. Podstawowa opieka zdrowotna jest udzielana w ambulatoriach i w domu (lekarze mają obowiązek świadczenia opieki w warunkach domowych, gdy jest to wymagane ze względów medycznych). Lekarze rodzinni pełnią rolę ogniw poprzedzających opiekę specjalistyczną i opiekę szpitalną. Specjalistyczna opieka ambulatoryjna (około 80 %) opiera się na prywatnych praktykach lekarskich lub wyspecjalizowanych poradniach. Lekarze (podstawowej opieki zdrowotnej) są wynagradzani w formie płatności za opiekę w przeliczeniu na liczbę potencjalnych pacjentów. Opieka szpitalna jest zapewniana w głównej mierze przez szpitale publiczne. System jest finansowany przede wszystkim ze składek ubezpieczeniowych, natomiast poszczególne grupy ludności (bezrobotni) i inwestycje kapitałowe są finansowane z budżetu państwa, budżetów wojewódzkich, gminnych i lokalnych. Prywatne dobrowolne (uzupełniające) ubezpieczenia należą do rzadkości. Niektóre firmy oferują swoim pracownikom pakiety ubezpieczeń od następstw nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczeń zdrowotnych (dotyczy to głównie opieki ambulatoryjnej). Udział własny pacjenta obejmuje wyżywienie, leki, urządzenia medyczne i transport. Krajowa strategia ma na celu lepszą promocję zdrowia i zdrowego stylu życia, zwiększenie skuteczności świadczeń, osiągnięcie lepszej jakości usług w zamian za środki finansowe oraz redukcję różnicy w sytuacji zdrowotnej w porównaniu ze średnią w UE.

Dostępność:, Pomimo wysokiego odsetka ludności objętego pomocą i szerokiego zasięgu świadczeń istnieją znaczne różnice w dostępności opieki (brak specjalistów z niektórych dziedzin), a co za tym idzie w dostępie do opieki zdrowotnej. Ponadto pacjenci ponoszą wysokie opłaty dodatkowe (w 2004 r. było to 26,2 % całkowitych wydatków zdrowotnych plus płatności nieformalne) związane z udziałem własnym i korzystaniem ze szpitali sektora prywatnego, co ma niekorzystny wpływ na grupy narażone na ubóstwo. Listy oczekujących i czas oczekiwania na niektóre pilne świadczenia są zbyt długie. Wynikiem tego jest ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej, który zmusza pacjentów do wybierania sektora prywatnego, w którym ponoszą pełne koszty opieki. Dane dotyczące oczekujących są jednakże gromadzone i mają być lepiej monitorowane. System zarządzania listą oczekujących jest usprawniany. Liczba lekarzy pierwszego kontaktu jest niska (11,9 na 100 000 mieszkańców) jak na normy UE i może stanowić przeszkodę w zapewnieniu dostępu i stworzeniu funkcjonalnego systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Planuje się dodatkowe inwestycje w infrastrukturę, w tym całodobową infolinię i specjalne usługi elektroniczne (e-zdrowie). Władze rozważają obniżenie finansowego wkładu pacjentów poprzez zmianę systemu refundowania leków. Poza stworzeniem wykazu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych objętych systemem publicznych ubezpieczeń zdrowotnych władze zamierzają rozszerzyć jego zakres poprzez wprowadzenie nowych systemów ubezpieczeń. Rezultatem tego będzie większa ochrona i dodatkowe środki na system opieki zdrowotnej. Władze pracują nad usprawnieniem funkcjonowania krajowego systemu ratownictwa medycznego i stworzeniem sieci szpitali, w celu uniknięcia powielania świadczeń i wzmocnienia systemu podstawowej opieki zdrowotnej, tak aby mógł się on stać pierwszym filarem systemu gwarantującego dostęp do opieki zdrowotnej. Głównym problemem dla władz, jeśli chodzi o dostęp, jest rozszerzenie zakresu ubezpieczeń w celu poprawy i zwiększenia zasięgu opieki ludności. Pakiet ustaw o systemie opieki zdrowotnej wprowadzi określony koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych objętych systemem publicznych ubezpieczeń zdrowotnych.

Jakość: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJOZ) zapewnia niezależną akredytację w oparciu o powszechnie znany zestaw norm. Wymagania w zakresie jakości, krajowe wytyczne i normy mają zostać przygotowane na podstawie niezależnych ekspertyz. Władze pracują nad stworzeniem systemu informacji zdrowotnych i systematycznym monitorowaniem wskaźników jakości na różnych szczeblach. Na bieżąco trwają prace nad opracowaniem systemu akredytacyjnego świadczeniodawców. Wzrośnie wykorzystanie oceny technologii, co doprowadzi do opartego na faktach kontraktowania usług. Władze mają zamiar opublikować przewodnik po świadczeniach przeznaczony dla pacjentów, który określi prawa pacjentów. Dodatkowo ustawa o systemie opieki zdrowotnej ustali prawa i obowiązki pacjentów.

Długoterminowa stabilność: Całkowite wydatki na opiekę zdrowotną (6,4 % PKB *per capita* 810 USD PPP w 2004 r.) pozostają na poziomie poniżej średniej w UE[86]. Realne wydatki *per capita* z czasem wzrosły. Publiczne wydatki zdrowotne stanowiły 70 % całkowitych wydatków zdrowotnych w 2004 r., podczas gdy prywatne wydatki zdrowotne kształtowały się na poziomie 30 % całkowitych wydatków zdrowotnych. Zgodnie z przewidywaniami KPG/KE wydatki na publiczną opiekę zdrowotną wzrosną do 2050 r. o 1,4 punktu procentowego PKB w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Koszt leków w relacji do całkowitych wydatków zdrowotnych jest jednym z najwyższych w Europie (30,3 % w 2003 r.). Zwiększony popyt na usługi zdrowotne obciąża stabilność finansową systemu, wykazując wysoki, choć malejący, stopień zadłużenia podmiotów oferujących tego typu usługi. W celu zapewnienia dodatkowego finansowania wysokość składki na NFZ jest co roku zwiększana o 0,25 %, począwszy od 7,5 % podstawy wymiaru w 2000 r. aż do wysokości 9 % w 2007 r. Ponadto podejmowane są wysiłki zmierzające do zwiększenia skuteczności i sprawności świadczonych usług, takie jak opracowanie nowych zasad akredytacji i powstawania podmiotów oferujących usługi opieki medycznej oraz zwiększenie finansowania publicznego jednostek oferujących usługi opieki medycznej. Liczba łóżek opieki krótkoterminowej spadła i obecnie kształtuje się na poziomie średniej w UE (463,2 łóżek opieki krótkoterminowej na 100 000 mieszkańców w 2003 r.). Obniżyła się także średnia długość pobytu w szpitalu. Konieczna jest dalsza restrukturyzacja: należy wzmocnić podstawową opiekę zdrowotną i zwiększyć liczbę wizyt ambulatoryjnych w stosunku do niepotrzebnej i kosztownej opieki specjalistycznej i opieki szpitalnej. W celu kontrolowania wydatków na lekarstwa wprowadzono ustalone ceny leków, ceny referencyjne i elektroniczne recepty. Ciągłemu usprawnianiu podlega system narodowych rachunków zdrowia. Poprawa koordynacji w dziedzinie opieki ma przynieść wzrost wydajności. Jeżeli chodzi o kadry, to liczba personelu medycznego jest niska[87] w porównaniu do norm UE. W strukturze personelu brak jest równowagi, jest zbyt wielu specjalistów. Wynagrodzenie jest niskie, w związku z czym, w celu przeciwdziałania migracji personelu, władze planują jego stopniowe podwyższanie. W celu poprawy sytuacji zdrowotnej i wydajności podkreśla się rolę działań informacyjnych i profilaktyki poprzez organizację różnych programów (np. narodowego programu profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego).

5.2 Opieka długoterminowa

Opis systemu: System opieki długoterminowej działa zarówno w sektorze opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej. Za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadają władze lokalne. W ramach powszechnej ochrony ubezpieczeniowej pacjenci mogą być objęci opieką długoterminową w oddziałach stacjonarnych lub zakładach pielęgnacyjnych i zakładach

---

86 W 2004 r. średnia dla UE wynosiła 8,87% i 2376,33 USD PPP

87 W 2003 r. 243,3 praktykujących lekarzy i 548,8 personelu pielęgniarskiego na 100 000 mieszkańców

opieki medycznej (szpitalach) lub też opieką domową (ma to miejsce znacznie rzadziej), uzupełnianą wizytami lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz grup o niższych dochodach mogą być także udzielane w ośrodkach pomocy społecznej. Chociaż program jest finansowany ze składek NFZ, wyżywienie i zakwaterowanie dla grup szczególnie zagrożonych, osób z poważnymi problemami i dotkniętych chorobami przewlekłymi finansuje budżet centralny w zależności od dochodów.

Dostępność: Pomocy społecznej udzielają domy pomocy społecznej, które opłacają dodatkowe koszty niepokryte przez NFZ. Władze lokalne weryfikują spełnienie warunków otrzymania pomocy społecznej. Dokonują one kontroli środków utrzymania ze względu na wielkość i dochód gospodarstwa domowego, porównując następnie te wielkości z kosztami opieki zdrowotnej. Wprowadzono nowe udogodnienia, przyznano dotacje świadczeniodawcom i wdrożono specjalne programy szkoleniowe dla personelu pielęgniarskiego. Priorytetem dla władz stało się przekształcenie zdolności do zapewnienia opieki krótkoterminowej w zdolność do zapewnienia opieki pielęgnacyjnej. Ze względu na rosnące zapotrzebowanie na opiekę długoterminową dostępność i zakres tego typu opieki uważa się za niewystarczające. Państwo świadczy usługi w dziedzinie opieki społecznej jedynie w małym zakresie, a łóżek przeznaczonych do opieki pielęgnacyjnej jest zbyt mało. Rozmieszczenie odpowiednich placówek jest niejednolite, a koordynacja działań różnych zainteresowanych stron nie jest zadawalająca, co utrudnia dostęp do opieki zdrowotnej w małych miasteczkach i na terenach wiejskich.

Jakość: Ustawy o systemie opieki zdrowotnej obejmą zakres podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej (np. geriatrycznej) oraz tworzenie sieci szpitali, określając ponadto kompetencje i obowiązki jednostek opieki długoterminowej. Rozszerzą ona także koordynację między oddziałami medycznymi, właściwymi władzami a partnerami społecznymi. Władze określiły wsparcie w zakresie szkolenia personelu i pielęgniarek jako priorytet, zarówno w celu poprawy jakości, jak i utrzymania pracowników.

Długoterminowa stabilność: Zgodnie z przewidywaniami KPG/KE na 2006 r. wydatki na publiczną służbę zdrowia wzrosną do 2050 r. o 0,1 punktu procentowego PKB w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Wyzwaniem nadal pozostaje łączenie świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz rozwój infrastruktury społecznej na obszarach wiejskich. W pewnej mierze problemy te rozwiąże wprowadzane obowiązkowe ubezpieczenie pielęgnacyjne, które zapewni dodatkowe środki na finansowanie systemu poprzez wzrost finansowania z NFZ.

6. Wyzwania na przyszłość

- popieranie aktywnej integracji poprzez zmniejszenie nierówności w systemie kształcenia, dalsza rozbudowa aktywnych instrumentów rynku pracy, zwłaszcza dla ludzi młodych, kobiet i osób starszych, wdrożenie polityk mających na celu zapewnienie, że praca stanie się opłacalna dla odbiorców różnych form transferów społecznych, a także zapewnienie świadczeń społecznych niezbędnych do wspierania integracji na rynku pracy, zwłaszcza dla rodzin wielodzietnych.

- prowadzenie działań mających na celu wzmocnienie potencjału administracyjnego instytucji pomocy społecznej i rynku pracy, wspierane przez mechanizmy usprawniające koordynację między politykami na różnych poziomach.

- zapewnienie dostępności wystarczających środków na adekwatne emerytury do czasu wypłacenia świadczeń z funduszy emerytalnych, przy jednoczesnym monitorowaniu przyszłej adekwatności i podwyższaniu wskaźnika zatrudnienia osób starszych i niepełnosprawnych.

- kontynuowanie procesu reform systemu emerytalnego poprzez przeprowadzenie reformy systemu emerytur rolniczych i rent, a także zorganizowanie zamiany oszczędności z funduszy emerytalnych na bezpieczne renty dożywotnie.

- zapewnienie równego i lepszego dostępu do opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej poprzez zmniejszenie różnic regionalnych w ich świadczeniu (dotyczy to zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej), kwestia bezpośredniego obciążenia pacjentów kosztami opieki i długim czasem oczekiwania, zwiększenie wydatków na publiczne wydatki zdrowotne celem rozwiązania problemu niedofinansowania oraz usprawnienie zakupu usług medycznych i administrowania jednostkami zamawiającymi.

- poprawa skuteczności systemu poprzez wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, opieki ambulatoryjnej i zwiększenie liczby zabiegów przeprowadzanych w trybie dziennym w stosunku do opieki szpitalnej oraz wdrożenie reformy w zakresie refundacji leków.

Poland: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	4.2	46.7
2002	1.4	46.3
2004	5.3	48.7
2006	5.2f	51.1f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	55,0	61.2	48.9	24.5	28.4
2002	51.5	56.9	46.2	21.7	26.1
2004	51.7	57.2	46.2	21.7	26.2
2005	52.8	58.9	46.8	22.5	27.2

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	16.1	14.4	18.1	35.1
2002	19.9	19.1	20.9	42.5
2004	19,0	18.2	19.9	39.6
2005	17.7	16.6	19.1	36.9

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (data for 1996 and 2002)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	67.6	76.4	12.9	16.6	n.a.	n.a.	13.6
2000	69.7	77.9	13.6	17.3	59.9	66.8	8.1
2004	70.6sp	79.2sp	14.2sp	18.4sp	62.5	68.9	6.8

WHO	Total health exp. %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public System coverage % of pop	Pop. Covered by PHI** % of pop
1995	5.6	72.9	-	n.a.	n.a.
2000	5.7	70.0	30.0	n.a.	n.a.
2004	6.4	70.0	26.2	n.a.	n.a.

s: Eurostat estimate; p: provisional *THE: Total Health Expenditures **PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2000	19.5	55.8	19.8	4.6	5,0	0.6	14.1
2004	20.0	60.1	19.5	3.5	4.6	0.8	11.5

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2004	18.7	23.7	13.9	4.1	0.1
2010	18.8	20.2	n.a.	n.a.	n.a.
2030	35.7	14.4	9.2	5.1	0.1
2050	51.0	13.7	8.9	5.5	0.2

* including administrative costs

Poland: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk-of-poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	21b	29b	18b	20b	7b	30b	33b	29b	30b	17b	**Total**	6.6b
male	21b	-	19b	21b	5b	31b	-	30b	31b	19b	**male**	-
femal	20b	-	17b	20b	9b	30b	-	28b	30b	16b	**female**	-

	People living in jobless households: Children Total	% of people aged 18-59* Total	male	female		Long-term Unemployment rate (% of people aged 16-54) Total	male	female		Early school-leavers (% of people aged 18-24) Total	male	female
1999	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	**1999**	5.8	4.5	7.4	**1999**	n.a.	n.a.	n.a.
2004	n.a.	15.8	14.8	16.8	**2004**	10.3	9.6	11.0	**2004**	5.7b	7.7b	3.7b
2006	11.2	13.5	12.3	14.6	**2005**	10.2	9.3	11.4	**2005**	5.5	6.9	4.0

: excluding students; b: break in series

SILC income 2004	Total	male	female	SILC income 2004	Total	male	female
Relative income of 65+	1.089b	1.204b	1.022b	***Aggregate replacement ratio***	0.585b	0.658b	0.573b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050): Net: Total	Gross replacement rate: Total	Statutory Pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Assumptions: Coverage rate (%): Statutory Pensions	Occupational and voluntary pensions		Contribution rates: Statutory Pensions (or social security)	Occupational & voluntary pensions: Current estimate (2002)		Assumption
-33	-27	-27	NDC and DC		n.a.	77	n.a.	n.a.	36.9	n.a.	n.a.	n.a.

*:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

PORTUGAL

1. Situação e principais tendências

Sublinhando as debilidades estruturais da economia, a taxa de crescimento média do PIB em 2001-2006 foi inferior a 1% ao ano (0,4% em 2005). A taxa de emprego total diminuiu de 68,4% em 2000 para 67,5% em 2005. Contudo, as metas de Lisboa estão ainda ao alcance e os objectivos intermédios para as taxas de emprego das mulheres e dos trabalhadores mais velhos foram atingidos em 2005 (61,7% e 50,5%, respectivamente). A taxa de desemprego aumentou de 4% em 2000 para 7,6% em 2005, com um impacto significativo no desemprego dos jovens e de longa duração. Em 2005, a taxa de abandono escolar precoce continuava extremamente elevada, situando-se nos 38,6%, e os níveis de escolaridade dos jovens registavam valores muito baixos (48,4%). Estes dois indicadores sobre a educação apresentam valores que colocam Portugal muito abaixo da média da UE. O risco de pobreza após transferências sociais (20% em 2004) e as desigualdades na distribuição dos rendimentos (rácio de 8,2 em 2004) são das mais elevadas na UE. As crianças e os idosos constituem as categorias mais expostas ao risco de pobreza.

Segundo as previsões, Portugal deverá enfrentar, nas próximas décadas, um envelhecimento demográfico mais acelerado do que a maioria dos Estados-Membros da União Europeia. O rácio de dependência dos idosos deverá aumentar de 25,2%, em 2004 para 58,1%, em 2050. As despesas com os regimes de pensões públicos representavam 11,1% do PIB em 2004, prevendo-se um aumento de 9,7 pontos percentuais até 2050. A esperança de vida à nascença (74,9 para os homens e 81,5 para as mulheres em 2004) está ligeiramente abaixo da média de UE[88], revelando um aumento significativo desde 1995 (71,6 e 78,7) e uma evolução regular ao longo do tempo (63,8 e 70,3 em 1971). A esperança de vida com boa saúde (59,8 e 61,8 em 2003) estava abaixo da média da UE em 2003[89], tendo-se mantido estável desde 1995 para os homens, com uma ligeira redução para as mulheres. A mortalidade infantil (4 em 2004) está próxima da média da UE (4,5), tendo passado de 77,5 em 1960 e 7,5 em 1995. A mortalidade perinatal (5,1 em 2003 e 4,4 em 2004) está próxima da média da UE, registando uma redução substancial em relação aos 41,1 de 1960.

2. Abordagem estratégica global

Para enfrentar as debilidades estruturais e promover a coesão social, Portugal identificou **cinco grandes desafios**: (i) prosseguir o desenvolvimento económico, alicerçado num reforço da competitividade e da consolidação orçamental, operando as necessárias mudanças nos factores estruturais que induzem maior coesão social; (ii) reduzir significativamente os níveis de pobreza, nomeadamente combatendo as situações extremas e persistentes de pobreza e exclusão social e prevenindo a reprodução de desigualdades; (iii) reformar o sistema de protecção social para garantir a sua eficiência, adequação e sustentabilidade financeira; (iv) melhorar o acesso a serviços sociais, nomeadamente, a cuidados de saúde e de longa duração, e a equipamentos sociais de qualidade, como meios de promoção de uma vida activa saudável e de conciliação entre a vida familiar e profissional; (v) melhorar a eficácia da governação nos processes de concepção, implementação e avaliação das políticas.

Portugal melhorou consideravelmente a sua abordagem estratégica, concentrando-se num pequeno conjunto de prioridades essenciais que respondem aos grandes desafios em termos bastante abrangentes. Ainda que não cubra a multitude de problemas existentes, a estratégia

---

88 A média da UE em 2004 era de 75,8 e 81,9 para os homens e as mulheres, respectivamente.

89 A média da UE em 2003 era de 64,5 e 66 para os homens e as mulheres, respectivamente.

tem potencialidades para produzir um impacto significativo na coesão social, desde que aplicada com determinação e seja apoiada por todos os intervenientes, numa perspectiva de longo prazo. A maior parte das medidas de inclusão social identificaram os recursos financeiros necessários, estabeleceram metas quantificadas e indicadores de acompanhamento. A estratégia ganharia em credibilidade com a fixação de metas globais para as principais prioridades políticas.

A coesão social é um dos principais desafios do Programa Nacional de Reforma (Programa Nacional de Acção para o Crescimento e o Emprego 2005-08 - PNACE na designação portuguesa). O relatório de execução do PNACE em 2006 revela progressos substanciais na incorporação de algumas das prioridades e medidas do Método Aberto de Coordenação (MAC) na área da inclusão social. O capítulo dedicado ao emprego identifica agora prioridades partilhadas, como o aumento dos níveis de qualificação da população, a conciliação da vida profissional e familiar e o desenvolvimento de políticas de activação para as pessoas excluídas do mercado de trabalho. O capítulo intitulado «Plano macroeconómico» inclui a temática da reforma dos sistemas de saúde e de protecção social para garantir a respectiva sustentabilidade e adequação, enquanto o capítulo «Plano microeconómico» estabelece as intervenções ao nível dos factores estruturais que contribuem fortemente para reproduzir padrões de exclusão social.

A governação da estratégia foi melhorada, mercê do reforço dos mecanismos de coordenação política e da participação acrescida dos principais intervenientes. O Fórum Não Governamental para a Inclusão Social deu aos intervenientes em questão uma oportunidade real de contribuírem para o processo desde o início. O potencial contributo das redes sociais locais não foi plenamente explorado para aproveitar os seus conhecimentos das realidades locais e a sua experiência. O relatório poderia ter apresentado orientações mais estratégicas em matéria de igualdade entre homens e mulheres, em estreita coordenação com as estruturas nacionais responsáveis por esta matéria. A recolha de dados relacionados com o género pode ser melhorada e o relatório poderia ser mais específico na identificação de medidas para avaliar o impacto das políticas propostas em homens e mulheres.

3. Inclusão social

3.1 Principais tendências

A economia continua a ser estruturalmente débil, com um modelo de desenvolvimento assente em actividades não especializadas e de mão-de-obra intensiva, que proporcionam salários baixos e empregos de pouca qualidade, o que induz baixos níveis de produtividade e um elevado número de **trabalhadores pobres** (11,4% em 2003). A difícil situação orçamental, com um défice das contas públicas equivalente a 6% do PIB em 2005, uma balança externa altamente deficitária e um elevado nível de endividamento no sector privado, condicionou fortemente a retoma económica.

O desemprego dos jovens decresceu de 42,2% em 2000 para 36,1% em 2005 (40,5% para os homens e 31,4% para as mulheres). Contudo, a taxa de emprego das mulheres continuou a aumentar, passando de 60,5% em 2000 para 61,7% em 2005.

O **desemprego** aumentou significativamente, de 4% em 2000 para 7,6% em 2005, com o desemprego de longa duração a representar agora quase 50% do desemprego total. A taxa de desemprego dos jovens era de 8,8% em 2000, mas aumentou significativamente para 16,1% em 2005 (13,6% para os homens e 19,1% para as mulheres). O mercado de trabalho continua **fortemente segmentado**, com quase 40% das pessoas com emprego a trabalhar com contratos a termo certo ou por conta própria. As disparidades de **género** no emprego e no desemprego

favorecem os homens, mas diminuíram ligeiramente desde 2000. As disparidades salariais entre homens e mulheres no sector privado elevavam-se a quase 25% em 2005.

Embora tenha diminuído desde 2000 (quando atingia os 42,6%), o abandono escolar precoce continua a ser extremamente elevado, com 38,6% em 2005 (46,7% para os homens e 30,1% para as mulheres). O nível de escolaridade dos jovens melhorou, de 42,8 em 2000 para 48,4 em 2005 (40,4 para os homens e 56,6 para as mulheres). Estes dois indicadores estão ainda muito aquém das médias da UE e a situação é particularmente grave para a população masculina, com o fosso entre géneros a acentuar-se desde 2000.
O **risco de pobreza** após transferências sociais (20% em 2004) e **as desigualdades na distribuição dos rendimentos** (rácio 8,2 em 2004) são das mais elevadas na UE. A população mais idosa (em especial as mulheres) e as crianças constituem as categorias mais atingidas pela pobreza. Em 2004, **as despesas com a protecção social** representavam 24,9% do PIB, longe da média de UE de 27,3%.

3.2 Principais desafios e prioridades

O relatório identifica seis riscos multidimensionais e sistémicos que afectam fortemente a inclusão em Portugal: (i) pobreza infantil e pobreza dos idosos; (ii) insucesso escolar e abandono escolar precoce; (iii) baixos níveis de qualificação; (iv) participação diminuta em acções de aprendizagem ao longo da vida; (v) info-exclusão; (vi) desigualdades e discriminação no acesso aos direitos das pessoas com deficiência e dos imigrantes. Estes riscos foram substanciados com estatísticas e análises circunstanciadas.

Para lhes fazer face, foram definidas três grandes prioridades: (i) combater a pobreza das crianças e dos idosos, através de medidas que assegurem os seus direitos básicos de cidadania; (ii) corrigir as desvantagens nos níveis de qualificações como meio de prevenir a exclusão e interromper os ciclos de pobreza; (iii) ultrapassar as discriminações, através da integração das pessoas com deficiência e dos imigrantes.

A abordagem estratégica global parece adequada e concentrada num conjunto claro e não exaustivo de prioridades, com um enfoque crescente nos aspectos operacionais. Contudo, as complementaridades entre as acções em curso e as medidas propostas não são claras (designadamente as interacções entre o Projecto "Bairros Críticos» e os Contratos de Desenvolvimento Social e o trabalho desenvolvido pelas redes sociais locais). As sinergias entre as três vertentes do método aberto de coordenação poderiam ter sido mais desenvolvidas. As necessidades específicas dos mais vulneráveis (designadamente os imigrantes e os sem-abrigo) no que diz respeito, por exemplo, ao acesso a cuidados de saúde, não são adequadamente tratadas. Acresce que é sabido que as transferências sociais têm um impacto ínfimo na redução da pobreza em Portugal. O relatório poderia ter desenvolvido mais a forma como a reforma da segurança social irá colmatar esta grave lacuna.

Portugal deu uma resposta positiva aos desafios identificados no relatório conjunto de 2006, criando mecanismos para integrar a dimensão da inclusão social em iniciativas políticas de relevo e estabelecendo ligações estreitas com as reformas empreendidas no âmbito do processo de Lisboa. Houve ainda um importante esforço para racionalizar a extensa lista de medidas, por vezes sobrepostas e redundantes, e ao mesmo tempo dar-lhes maior clareza, atribuindo responsabilidades, estabelecendo calendários de execução e afectando recursos financeiros. Estes esforços têm de ser prosseguidos e melhorados, mediante, por exemplo, a fixação de prazos concretos e de uma monitorização clara e mensurável, assim como indicadores de impacto para as várias prioridades. As medidas para corrigir as desigualdades na distribuição dos rendimentos não são suficientemente explicadas. O relatório não analisa a forma como os Fundos Estruturais vão apoiar as medidas propostas.

3.3 Medidas políticas

Reduzir a pobreza infantil e a pobreza dos idosos constitui uma importante prioridade política, com medidas transversais como os instrumentos de activação do Rendimento Social de Inserção e os Contratos de Desenvolvimento Social, assim como medidas específicas para cada um destes grupos-alvo. As metas para reduzir a pobreza infantil incluem o reforço da protecção às famílias monoparentais, abrangendo 200 000 titulares do abono de família e o cumprimento dos compromissos de Barcelona em matéria de cuidados à infância. Para os **idosos**, as medidas incluem o Complemento Solidário para Idosos, a fim de se chegar a um rendimento mínimo de 4 200 euros ao ano. Ainda que as medidas e as metas indiciem desenvolvimentos muito positivos que contribuem claramente para a consecução dos objectivos, não são suficientes para reduzir de forma significativa a pobreza.

Para corrigir as desvantagens em **matéria de escolaridade** foram estabelecidas ligações estreitas com as medidas previstas no PNACE e, em especial, com a iniciativa *Novas Oportunidades*. As metas incluem a redução do abandono escolar precoce para 25%, a redução para metade do insucesso escolar até 2009 e a qualificação de 1 milhão de adultos em idade activa até 2010. As medidas e as metas muito ambiciosas parecem adequadas para actuar sobre o nível de qualificações estruturalmente baixo da população, mas não se concentram nos grupos mais atingidos pela exclusão. Acresce que não incluem dados operacionais, como o controlo de qualidade e os mecanismos de avaliação propostos para garantir o cumprimento dos objectivos da integração social e da empregabilidade.

As pessoas com deficiência e os imigrantes foram identificados como grupos alvo para o combate à discriminação. Para as pessoas com deficiência, as medidas colocam a tónica no alargamento do acesso a bens e serviços e na promoção da integração no mercado de trabalho, como factor de participação social e profissional e de independência económica. As metas incluem a colocação de 4 000 professores de educação especial nos agrupamentos de escolas para apoiar 26 000 crianças e jovens, bem como acções educativas e de formação para 46 000 pessoas com deficiência. Para os imigrantes, foram simplificados os processos de legalização, devendo ser desenvolvida a rede de centros que prestam apoio integrado. As metas incluem dotar as escolas de autonomia para receber adequadamente a 80 000 alunos estrangeiros e abranger 38 500 imigrantes desempregados em medidas activas de emprego até 2008. Ainda que sejam necessárias e oportunas medidas específicas orientadas para estes grupos-alvo, o relatório não explica quais os critérios para seleccionar uns em detrimento de outros (por exemplo, os sem-abrigo, as pessoas em situação de endividamento, os ex-reclusos, os ciganos, etc). Não fica claro como se pretende, com as medidas propostas, produzir efeitos duradouros nestes grupos-alvo.

Uma melhoria significativa em relação aos anteriores planos nacionais reside no facto de terem sido identificados os recursos financeiros necessários para a maior parte das medidas e de as metas quantificadas estarem associadas a objectivos concretos. Contudo, algumas metas pecam por falta de um diagnóstico prévio ou de enquadramento contextual, o que dificulta a compreensão do raciocínio que está implícito à quantificação proposta. A maior parte dos indicadores só permite o acompanhamento de resultados quantitativos, o que torna difícil determinar se as medidas produziram os impactos esperados. Para algumas medidas, existe uma necessidade clara de objectivos operacionais que explicariam a forma como essas medidas seriam postas em prática.

Pese embora o esforço feito para recolher dados relacionados com o género e a preocupação explícita com a integração desta dimensão, as medidas e as metas não traduzem esta preocupação em acções concretas.

3.4 Governação

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social é a entidade responsável pela coordenação e a elaboração da estratégia de inclusão social. A Coordenação Nacional, apoiada por uma Equipa Técnica, responde pela coordenação, a elaboração, o acompanhamento e a avaliação da estratégia. Constituída por Resolução do Conselho de Ministros, a Comissão Inter-Ministerial de Acompanhamento inclui representantes de diversos Ministérios, dos Governos Regionais dos Açores e da Madeira, e do Fórum Não Governamental para a Inclusão Social. Esta comissão é responsável também pelo acompanhamento de todo o processo. Espera-se que as redes sociais locais desempenhem um importante papel na implementação da estratégia de inclusão social.

Pela primeira vez desde o lançamento do método aberto de coordenação na área da inclusão social, a sociedade civil (designadamente as ONG) teve uma oportunidade real de participar activamente na primeira fase de preparação do plano nacional. A Comissão Inter-Ministerial, que no passado se mostrou pouco interveniente, criou condições para reforçar o respectivo papel neste processo. A qualidade da participação dos intervenientes poderia ainda ser melhorada, com o desenvolvimento de mecanismos de coordenação adequados e eficientes no âmbito das redes sociais locais. Durante a fase de programação, as reuniões realizadas com as redes sociais locais tiveram essencialmente um papel informativo, o que significou uma perda das suas experiências e seus conhecimentos da situação no terreno.

O estabelecimento de Pontos Focais em cada ministério traz um claro valor acrescentado à estratégia e reforça os mecanismos organizacionais e institucionais. Dada a sua importância, estes Pontos Focais precisam de maior apoio, já que a integração da perspectiva da inclusão social exige a adopção de uma abordagem activa em diferentes departamentos governamentais. Com o crescente número de mecanismos de participação e de contribuições de diferentes sectores e diferentes níveis de governação, são maiores os riscos de conflito, concorrência e sobreposições desnecessárias. Em consequência, é essencial que o papel estratégico de coordenação do plano nacional seja reforçado.

Os mecanismos de acompanhamento e avaliação proporcionam um novo modelo de coordenação assente em sistemas de informação à escala nacional e local. Trata-se de um árduo desafio em razão da grande variedade que caracteriza as redes sociais locais em termos da sua capacidade de resposta efectiva. Será um longo processo que necessita de uma abordagem estratégica e participativa clara, em estreita cooperação com as estruturas locais, para tirar partido do trabalho já feito e ao mesmo tempo adaptá-lo aos novos desafios.

4. Pensões

Em 2004, os idosos tinham um nível de vida relativamente próximo do da generalidade da população (77%). As estimativas apontavam para um risco de pobreza na população idosa (28%) superior ao da população abaixo dos 65 anos.

O relatório de 2006 sobre a sustentabilidade colocava Portugal entre os países com risco mais elevado no que se refere à sustentabilidade das finanças públicas, nomeadamente devido ao importante aumento esperado das despesas ligadas ao envelhecimento. Espera-se que Portugal venha a enfrentar uma pressão significativa no seu sistema de finanças públicas resultante do envelhecimento das populações. Segundo as projecções de 2005 do Grupo de Trabalho sobre Envelhecimento, as despesas públicas com as pensões deverão passar de 11,1% do PIB para 20,8% entre 2004 e 2050. O aumento dos encargos com as pensões é um do mais altos na UE, de que resulta um grave risco para a sustentabilidade a longo prazo das finanças públicas. De acordo com as projecções do Sub-Grupo de Indicadores do Comité da Protecção Social, as taxas de substituição teóricas deverão manter-se globalmente estáveis. No caso de um

trabalhador que se reforme aos 65 anos após 40 anos de carreira com salário médio, a taxa de substituição líquida manter-se-ia estável, passando de 91% em 2005 para 92% em 2050 (a taxa de substituição bruta desce de 75% para 70%).

O relatório conjunto de 2006 evidenciou progressos em matéria de adequação das pensões e sublinhou a importância de ulteriores reformas, em especial no que se refere a medidas para reforçar os incentivos ao prolongamento da vida activa e definir um enquadramento de apoio à constituição de poupanças individuais.

No segundo semestre de 2006, o governo e os parceiros sociais assinaram um acordo sobre a reforma da segurança social. Propostas detalhadas nesta área deverão agora ser aprovadas pelo parlamento. As alterações introduzidas no âmbito da reforma do sistema de segurança social (a nova Lei de Bases da Segurança Social que entrou recentemente em vigor e as novas regras de cálculo das pensões que estão actualmente em discussão pública e deverão ser aprovadas a curto prazo) deverão começar a produzir efeitos no início de 2007, sendo gradualmente faseadas até 2016. A proposta em questão implica mudanças significativas no cálculo das prestações de reforma (designadamente com a introdução de um mecanismo que ajusta as prestações à evolução da esperança de vida) e introduz um novo sistema de indexação para calcular os ajustamentos às prestações de reforma (substituindo o salário mínimo nacional como base de referência). É essencial que a reforma leve ao reforço dos incentivos ao prolongamento da vida activa e contribua para um tratamento mais justo dos beneficiários dos diferentes regimes. A progressiva convergência dos vários subsistemas do regime geral de segurança social (sector público e sector privado) contribuirá não só para uma maior equidade entre os beneficiários, como também para a viabilidade futura do regime. As gerações futuras com carreiras contributivas completas em empregos bem remunerados receberam pensões mais elevadas do que a maioria dos pensionistas actuais que, em média, tiveram carreiras contributivas mais curtas. Neste contexto, resta ver se a modernização dos regimes profissionais permitirá contribuir de forma correcta para a adequação futura dos sistemas, designadamente no que se refere às diferenças entre homens e mulheres. Para ajudar a reduzir os actuais riscos de pobreza, foi dada prioridade ao estabelecimento de um nível mínimo de rendimento para os pensionistas idosos, o qual poderá beneficiar especialmente as mulheres. A nova prestação financiada pelas receitas fiscais, o Complemento Solidário para Idosos, lançada em 2006, será progressivamente alargada a todas as pessoas com mais de 65 anos.

5. Cuidados de saúde e cuidados prolongados

5.1. Cuidados de Saúde

Descrição do sistema: O Serviço Nacional de Saúde (SNS) garante cobertura universal. No âmbito do SNS, os cuidados de saúde primários (medicina geral e familiar, promoção e prevenção) são prestados através de uma rede de centros de saúde e de unidades móveis, bem como de entidades privadas com e sem fins lucrativos que prestam cuidados aos utentes do SNS. No âmbito do SNS, os médicos de clínica geral referenciam os doentes para os cuidados especializados, operando como *gatekeepers*. Os cuidados de especialidade são prestados em serviços hospitalares ambulatórios e por entidades privadas convencionadas com o Ministério da Saúde. O SNS garante a maioria dos internamentos (74% das camas hospitalares). A prestação privada de cuidados consiste em: a) diagnóstico, cuidados dentários e terapêuticos, geralmente solicitados através do SNS e b) consultas privadas de especialidade em estruturas privadas para utentes privados. Os médicos do SNS são assalariados, enquanto os médicos que fazem clínica privada são pagos em função do serviço que prestam. O SNS é financiado essencialmente pelas receitas fiscais. Os regimes de comparticipação abrangem os produtos

farmacêuticos, as consultas, os cuidados hospitalares e as visitas ao domicílio. Vários regimes de seguro de saúde, assentes em contribuições patronais e dos trabalhadores, financiam cuidados de saúde para 25% da população (designadamente na função pública e no sector bancário), que acede directamente a qualquer especialista ou hospital reconhecido pelo respectivo regime. Uma parte da população (14,8%) recorre a regimes de seguros voluntários (que garantem prestações em duplicado, suplementares ou complementares). Não obstante a significativa melhoria da situação em matéria de saúde desde os anos de 1970, as autoridades apontam ainda a necessidade de continuar a melhorar o estado de saúde da população mercê de acções de promoção e prevenção. Acresce que, ao reconhecerem a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade, propõem reformar o sistema de cuidados primários de saúde, a fim de o tornar o pilar central do sistema e garantir cuidados (preventivos e curativos) para toda a população, incluindo os grupos mais vulneráveis ou expostos a maiores riscos. O reforço do planeamento e da gestão dos recursos numa perspectiva de «melhor valor», e não apenas de preço mais baixo, é outro dos objectivos da política actual.

Acessibilidade: Despesas privadas substanciais (as comparticipações directas dos particulares representaram 29% do total das despesas de saúde em 2004), elevada dependência de impostos indirectos e a variedade de regimes de seguro social induziram um financiamento regressivo e um acesso aos cuidados que favorece as pessoas com rendimentos mais elevados. A falta de médicos generalistas e de certos especialistas nas zonas rurais e em determinadas regiões, a concentração de recursos nos hospitais, nas grandes cidades e na faixa costeira e a falta de cobertura de certos serviços por parte do SNS (designadamente os cuidados dentários) são referidos como obstáculos ao acesso. Esta situação também interfere com o funcionamento de um sistema nacional de saúde assente nos cuidados de saúde primários e gera uma utilização desnecessária de cuidados hospitalares e de emergência dispendiosos. As crescentes assimetrias sociais e as desigualdades no acesso geraram uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, condições de saúde precárias (tuberculose) e desigualdades ligadas à saúde. A criação do Centro de Atendimento da Saúde permitirá prestar informações e dirigir os utentes para as várias vertentes do SNS. Os Centros de Saúde estão a ser reestruturados, com o objectivo de criar pequenas unidades de saúde familiares (multidisciplinares e autónomas, em condições de prestar um conjunto comum de serviços contratualizados no âmbito do SNS) mais próximas do domicílio ou do local de trabalho dos utentes e mais correctamente sincronizados com os hospitais e as unidades que prestam cuidados prolongados. Um conjunto de mecanismos de eSaúde (portal da saúde, registos clínicos electrónicos, marcação de consultas electrónica, receita electrónica, redes de informação entre entidades prestadoras de cuidados de saúde) e linhas telefónicas directas (designadamente a Linha Pediátrica, a Linha Gripe) visa melhorar o acesso aos cuidados. Para gerir com maior eficácia os tempos e as listas de espera, prevê-se o alargamento a todo o país de um sistema integrado de gestão das listas de espera. Os medicamentos de venda livre podem agora sem adquiridos em diversos locais.

Qualidade: O Estado garante normas de qualidade nas instituições públicas e privadas. Foi criada uma autoridade independente para questões de qualidade. As medidas nesta área incluem: auditorias, inspecções, acreditação nacional e qualificação de instalações, um programa nacional de segurança para prevenir infecções hospitalares, normas nacionais de orientação, boa prática e gestão clínica e normas de segurança para o pessoal da saúde. Investiu-se no desenvolvimento de sistemas de informação para melhorar o acompanhamento e a avaliação dos processos e dos resultados. A legislação consagrou os direitos dos doentes em matéria de escolha (vista enquanto escolha consciente, compatível com as redes de referenciação e respeitante da utilização dos recursos nacionais). Os planos do governo em matéria de participação dos utentes na gestão dos serviços, enquanto forma de identificar

problemas, procurar soluções e satisfazer os doentes, devem ser acompanhados de perto. As comissões de ética e a carta de ética deverão promover o profissionalismo, as boas práticas e o respeito pelos utentes. As autoridades pretendem também melhorar a coordenação entre os serviços (designadamente através de soluções de eSaúde), garantindo que os cuidados primários, hospitalares e de longa duração são integrados numa rede. O relatório faz referência a diversos sistemas de triagem.

Sustentabilidade a longo prazo: As despesas globais com a saúde (9,8% do PIB e 1903 PPC per capita em dólares em 2004) estão acima da média da UE[90] em termos de PIB. As despesas públicas em percentagem das despesas totais (69,7% em 2004) situam-se abaixo da média da UE, embora estejam a aumentar. As projecções do Comité de Política Económica da UE neste domínio sugerem um aumento das despesas públicas da ordem de 0,5 pontos percentuais do PIB até 2050. Neste contexto, uma parte ligeiramente mais importante do financiamento público poderia ser utilizada para melhorar o acesso e garantir a eficácia das políticas de prevenção e promoção. As autoridades apontam como desafios notáveis, a necessidade de dar resposta à ineficácia dos mecanismos de referenciação e da coordenação dos cuidados, as elevadas expectativas dos doentes e o comportamento perverso dos especialistas. Estas lacunas têm provocado uma duplicação dos processos de diagnóstico e um recurso excessivo (dispendioso e desnecessário) aos especialistas, aos cuidados hospitalares e às urgências. As autoridades sublinham que a influência da indústria farmacêutica e o facto de as farmácias operarem em situação de monopólio estão na origem da sobreprescrição de medicamentos e de custos excessivos. Propõem o recurso a medicamentos genéricos, preços de referência, racionalização da medicação, prescrição electrónica e protocolos com a indústria para baixar as despesas farmacêuticas. As autoridades pretendem fazer a separação entre financiador e prestador e estabelecer contratos com todos os hospitais (com maior autonomia, mas sujeitos a uma avaliação periódica) para a prestação de cuidados. É seu objectivo promover complementaridades entre os hospitais e evitar duplicações em cada região. Vai ser introduzido um sistema de aquisições conjuntas. No que se refere ao pessoal, a formação na área da medicina tem sido intensificada e o número de médicos e enfermeiros é próximo da média da UE. Contudo, o número de médicos de clínica geral está desequilibrado em relação ao número de especialistas. Os médicos de clínica geral representam 29,5% do total dos médicos. Acresce que se registou uma diminuição do número de médicos de clínica geral, de 70,1 por cada 100 mil habitantes em 1990 para 55 em 2002. As autoridades estão fortemente empenhadas nas áreas do planeamento de recursos humanos e da formação contínua. Esperam que a promoção em diferentes sectores e de várias formas possa ajudar a reduzir a mortalidade prematura.

5.2. Cuidados prolongados

Descrição do sistema: As Misericórdias e outras organizações sem fins lucrativos gerem centros de reabilitação, prestação de cuidados prolongados e residenciais. Os centros de dia proporcionam actividades, refeições, serviços de lavandaria, higiene, assistência medicamentosa e consultas em centros de saúde. Existem também lares privados. Foi criada uma estrutura conjunta entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade com o objectivo de definir um programa de cuidados prolongados para pessoas dependentes e doentes com patologias crónicas progressivas. Trata-se de uma parceria entre autoridades de saúde, municípios e prestadores públicos, privados e do terceiro sector. O sistema inclui unidades de convalescença integradas em hospitais e outras instituições, unidades de internamento de média duração, unidades de reabilitação, instituições de cuidados

[90] Média da UE: 8,8% do PIB e 2376,33 PPC per capita em dólares em 2004.

prolongados, unidades de cuidados paliativos, hospitais de dia, equipas hospitalares que preparam os processos de alta, equipas mistas de prestação de cuidados primários e apoio social em centros de saúde, centros de segurança social e equipas mistas de apoio no domicilio, no hospital ou na comunidade para ajudar e aconselhar na área dos cuidados paliativos. Simultaneamente, as autoridades estão a promover respostas adequadas às necessidades dos idosos em situação de dependência nas diferentes fases de evolução da doença e com problemas sociais.

Acessibilidade: O governo reconhece as lacunas do sistema de cuidados prolongados. O Estado assegura pouco em termos de serviços comunitários e domiciliários, além de que os cuidados se concentram nas grandes cidades. Os lares privados são muito caros e a maior parte das pessoas não tem meios para a eles recorrer. O novo plano visa melhorar o acesso (devendo a sua implementação estar generalizada a todo o território nacional até 2016), lançar campanhas de informação e reforçar a utilização das tecnologias da informação e comunicação (telemedicina e centros de chamadas).

Qualidade: As autoridades consideram que os cuidados residenciais do sector público pecam por falta de qualidade e de recursos. À Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados cabe monitorizar a prestação de cuidados de saúde e a qualidade organizacional. As unidades e as equipas que integram a rede são objecto de avaliação (própria e externa) pela equipa de coordenação regional. O recurso à contratualização deverá clarificar as responsabilidades dos prestadores.

Sustentabilidade a longo prazo: Estão politicamente garantidos os seguintes aspectos: financiamento específico; controlo centralizado da gestão e da repartição dos recursos financeiros; aplicação de modelos de pagamento aos prestadores, adaptados à natureza dos serviços; e avaliação económica e financeira permanente,

6. Desafios

- Acompanhar de perto e avaliar o impacto das medidas relacionadas com o regime de rendimento mínimo, garantindo a efectiva inserção social dos grupos de risco.

- Garantir que os grupos mais afastados do mercado de trabalho beneficiam das medidas de integração, a fim de aumentar os níveis de escolaridade da população, com especial ênfase para o grande número de trabalhadores pobres sem qualificações e para os jovens que abandonam prematuramente o ensino.

- Implementar a reforma dos regimes de pensões, com o objectivo de melhorar a sustentabilidade financeira e garantir a existência de recursos suficientes para pensões adequadas, designadamente através da promoção do prolongamento da vida activa e da definição de estratégias de envelhecimento activo, promotoras de vidas profissionais saudáveis e mais longas em empregos de qualidade.

- Dar resposta à questão do financiamento regressivo nos cuidados de saúde, reduzir os custos dos cuidados para os grupos desfavorecidos, reduzir as disparidades geográficas da oferta e melhorar a provisão de cuidados de longa duração.

- Melhorar a eficácia (designadamente mercê do reforço dos cuidados primários, ajustar a capacidade hospitalar e controlar as despesas farmacêuticas) e implementar políticas

globais para melhorar o estado de saúde da população e reduzir as desigualdades nesta área.

Portugal: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	3,9	80,3
2002	0,8	79,5
2004	1,2	71,8
2006	1.2f	69.8f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	68,4	76,5	60,5	42,2	50,7
2002	68,8	76,5	61,4	42,2	51,4
2004	67,8	74,2	61,7	37,1	50,3
2005	67,5	73,4	61,7	36,1	50,5

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	4,0	3,2	4,9	8,8
2002	5,0	4,1	6,0	11,6
2004	6,7	5,8	7,6	15,3
2005	7,6	6,7	8,7	16,1

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	71,6	78,7	14,6	17,8	59,6	63,1	7,5
2000	73,2	80,0	15,3	18,7	60,2	62,2	5,5
2004	74,9sp	81,5sp	16,2sp	19,7sp	59.8e	61.8e	4,0

s: Eurostat estimate; p: provisional

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp.% of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. Covered by PHI** % of pop
1995	8,2	62,6		100,0	14,8
2000	9,2	69,5	29,2		
2004	9,8	69,7	29,0		

*THE: Total health exp.enditures **PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old-age and survivors	Sickness and Health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	21,0	41,1	36,2	5,3	5,2	0,4	11,8
2000	21,7	44,7	32,0	3,7	5,4	1,4	12,7
2004	24,9	47,2	30,4	5,7	5,3	1,0	10,4

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes sinc			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
B 2004	25,2	23,8	11,1	6,7	
2010	26,5	0,4			
2030	39,0	4,2	4,9	-0,1	
2050	58,1	9,8	9,7	0,5	

Portugal: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	20	24	19	18	28	27	28	26	29	17	**Total**	8,2
Male	20	-	19	17	28	27	-	26	30	16	**Male**	-
femal	21	-	20	18	28	27	-	26	29	19	**Female**	-

	People living in jobless households					Long-term Unemployment rate				Early school-leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 16-54				% of people aged 18-24		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	4,5	4,7	4,1	5,3	**1999**	1,8	1,5	2,1	**1999**	44,9	50,8	38,9
2004	4,3	5,3	5,0	5,7	**2004**	3,0	2,6	3,4	**2004**	39.4b	47.9b	30.6b
2006	4,7	5,8	5,3	6,4	**2005**	3,7	3,2	4,2	**2005**	38,6	46,7	30,1

** excluding students; b: break in series*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0,775	0,785	0,763	***Aggregate replacement ratio***	0,628	0,612	0,678

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*					
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates		
									Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Current estimate (2002)	Assumption
1	-5	-5	DB			82			32.6 g		

**:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

ROMÂNIA

1. Situaţie şi tendinţe cheie

Din 2000 încoace, România a înregistrat o rată anuală de creştere a PIB-ului în termeni reali de aproximativ 5%. Rata de creştere a PIB-ului real pentru 2005 a fost de 4,1% şi este prognozată la 7,2.1% în 2006. Cu toate acestea PIB-ul pe cap de locuitor calculat în SPC[91] nu reprezintă decât aproximativ 1/3 din media UE25. Chiar dacă indicatorii de creştere a PIB-ului sunt încurajatori, rata ocupării forţei de muncă rămâne relativ constantă din 2002 încoace. În 2005 rata ocupării forţei de muncă a fost de 57,6%. Încadrarea în muncă în agricultura de subzistenţă rămâne în continuare semnificativă, în ciuda scăderii înregistrată în ultima perioadă (de la 41,4% în 2000 la 31,7% în 2004)[92]. În general, acest tip de încadrare în muncă aduce venituri băneşti foarte mici şi reprezintă o sursă însemnată de sărăcie. Ponderea semnificativă a acestui tip de încadrare în muncă, precum şi emigrarea populaţiei active în străinătate pot explica scăderea numărului de muncitori salariaţi fără o creştere corespunzătoare a ratei şomajului. În conformitate cu INS [93], rata de ocupare a forţei de muncă în 2005 a fost de 62,4% (69,5% în rândul bărbaţilor şi 55,3% în rândul femeilor). Rata de ocupare a forţei de muncă în rândul femeilor (51.5%) rămâne inferioară mediei europene, în timp ce, pentru tineri, această rată este în declin continuu din 2000 încoace[94] (de la 33,1% în 2000 la 24,9% în 2005). Aceeaşi tendinţă se înregistrează printre lucrătorii în vârstă, cu o redresare în 2004, când rata de ocupare a forţei de muncă a crescut de la 36,9% (2004) la 39,4% (2005). Rata şomajului este de 7,2%, fiind sub media europeană. Fenomenul este în continuare îngrijorător în ceea ce îi priveşte pe tineri (20,2%, 2005).

Rata riscului de sărăcie[95] a fost de 18% în 2004, înregistrând valori superioare în zonele rurale, printre romi, copii şi femei în vârstă. Din punct de vedere demografic, numărul populaţiei s-a diminuat în ultima perioadă de la 22,8 la 21,7 milioane ca urmare a ratei scăzute a fertilităţii (1,3), a ratei mortalităţii în raport cu natalitatea dintre cele mai ridicate din Europa (16,8 în 2004), a speranţei de viaţă la naştere dintre cele mai scăzute din UE (68,3 ani la bărbaţi şi 75.6 ani la femei în 2004), precum şi a emigrării ridicate între 1990-2002. Cheltuielile sociale au crescut în perioada de tranziţie dar ele rămân în continuare printre cele mai scăzute din Europa (o sursă naţională indică 19,4% din PIB pentru 2005)[96].

2. Metoda strategică globală

Printre provocările cărora trebuie să li se răspundă în materie de protecţie şi incluziune socială se numără: diminuarea şi îmbătrânirea populaţiei, ponderea ridicată a economiei subterane şi ocuparea semnificativă a forţei de muncă în agricultura de subzistenţă, calitatea resurselor umane, dezvoltarea insuficientă a serviciilor sociale din punct de vedere al acoperirii teritoriale, al calităţii şi diversificării, nivelul încă redus de prestaţii sociale, accesul scăzut la piaţa muncii, la servicii şi la resurse pentru grupurile vulnerabile.

---

91 Standardele puterii de cumpărare (SPC)

92 Date parvenite de la Institutul Naţional de Statistică (INS), prelucrate de către Cătălin Ghinăraru

93 Institutul Naţional de Statistică (INS)

94 În 2002 au avut loc revizuiri ale definiţiilor, ceea ce face ca anumiţi indicatori să nu fie compatibili în toate cazurile cu seria de date din anii precedenţi.

95 Datele pentru toţi indicatorii pe bază de venit (rata riscului de sărăcie, S80/S20, media ponderată de înlocuire etc.) se bazează pe ancheta naţională privind bugetul pe gospodărie care este ajustată ex-post la metodologia SILC, armonizată UE, dar nu este compatibilă în totalitate cu definiţia detaliată a venitului din SILC.

96 Date INS prelucrate de Zamfir, 2005.

Pentru perioada 2006/2008, obiectivul strategic ales de România este „*crearea unei societăţi inclusive*", capabile să asigure resursele şi mijloacele pentru o viaţă demnă pentru toţi cetăţenii. Metoda strategică prezentată este ambiţioasă şi generează provocări importante pentru societatea românească. Cu toate acestea, evaluările ulterioare ale progresului ar putea beneficia de alegerea unui set de indicatori cuantificaţi specifici pentru problematica României. În etapa actuală ar fi adecvată dezvoltarea unui cadru unitar coerent pentru strategiile sectoriale, a unei viziuni şi înţelegeri comune în privinţa fenomenului incluziunii sociale. Strategia identifică şi promovează metoda integrată şi bazată pe parteneriat, cu implicarea tuturor părţilor responsabile din acest domeniu. Dimensiunea de gen este în egală măsură identificată ca prioritară, cu toate că ar fi binevenită o mai mare claritate a referinţelor privind concilierea vieţii profesionale cu viaţa de familie în cazul femeilor, insuficienţa serviciilor în acest sector, fenomenele grave care afectează anumite categorii de femei (de ex.: traficul cu femei, violenţa domestică, insuficienţa şi ineficienţa serviciilor de planificare familială etc.).

3. Incluziunea socială

3.1 Tendinţe cheie

Dintre categoriile cele mai afectate de starea de sărăcie putem menţiona populaţia rurală (70% din săraci sunt în zonele rurale), romii (de trei ori mai săraci decât media), femeile în vârstă, familiile monoparentale, familiile cu trei sau mai mulţi copii, precum şi şomerii de lungă durată. Copiii şi tinerii pot fi identificaţi ca fiind viitoarea generaţie de săraci. Rata sărăciei menţionate în strategie este de 18,2% în 2005 în uşoară scădere faţă de anul precedent. Datele disponibile Eurostat indică o scădere a ratei riscului de sărăcie înainte de transferurile sociale (de la 23% în 2002 la 22%, 2003), precum şi după transferurile sociale (17% în 2003, în raport cu 18%, 2002). Numărul copiilor care trăiesc în familii în care nici unul din membrii nu are o slujba s-a diminuat (de la 11,1%, 2004 la 10%, 2006). Aceeaşi tendinţă poate fi observată şi pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 18 şi 59 de ani. Rata şomajului rămâne relativ constantă 4,4% în 2005 (4,7% în rândul bărbaţilor; 3,9% în rândul femeilor). Cu toate acestea, acest indicator nu reflectă adevărata situaţie pentru că dintre persoanele inactive care beneficiază de ajutoare sociale, multe sunt apte de muncă dar sunt considerate „inactive" din cauza lipsei alternativelor de angajare. Din totalul persoanelor inactive, 27% sunt tineri, iar 51,8% pensionari şi persoane care beneficiază de ajutoare sociale. Un fenomen îngrijorător este şomajul printre tineri (20,2% în 2005). În ceea ce priveşte abandonul şcolar precoce, s-a înregistrat o diminuare de la 23,6% în 2004 la 20,8% în 2005, rămânând în continuare foarte ridicat. Situaţia este îngrijorătoare pentru copiii romi (17,3% dintre copiii cu vârste între 7 şi 16 ani nu beneficiază de educaţie formală şi, de altfel, mai mult de o treime din populaţia romă (38,6%) este analfabetă funcţional.

3.2 Principalele provocări si priorităţi

Preocupările României în materie de incluziune socială pentru perioada următoare sunt în conformitate cu principalele provocări identificate (a se vedea secţiunea 2). Priorităţile vor fi axate pe accesul şi reîncadrarea în muncă a persoanelor celor mai defavorizate pe piaţa forţei de muncă, creşterea cuantumului prestaţiilor şi punerea în aplicare a strategiei naţionale privind serviciile sociale, precum şi a strategiilor sectoriale.

3.3 Măsuri politice

În scopul atingerii obiectivului strategi de creare a unei societăţi inclusive pentru toţi, cele trei priorităţi alese sunt: i) ridicarea nivelului de trai al populaţiei prin creşterea nivelului veniturilor obţinute din muncă, stimularea ocupării forţei de muncă şi promovarea unor politici inclusive; ii) facilitarea accesului la resurse, la drepturi şi la servicii; iii) ameliorarea condiţiilor de trai pentru populaţia romă.

Pentru primul obiectiv, guvernul român îşi propune să continue măsurile existente deja de stimulare a ocupării forţei de muncă în general (ex.: noi programe de stimulare a ocupării forţei de muncă, creşterea bugetului pentru măsuri active, îmbunătăţirea cadrului legislativ în scopul încurajării angajatorilor să încadreze persoane expuse riscului marginalizării sociale, stimularea creării de noi locuri de muncă în zonele rurale, creşterea salariului minim brut etc.). Creşterea nivelului ocupării forţei de muncă va avea în mod cert efecte pozitive asupra reducerii sărăciei şi a excluderii sociale. În acelaşi timp, măsurile şi politicile specifice de integrare activă a grupurilor vulnerabile şi a celor care trăiesc în zonele defavorizate (în special în zonele rurale) ar trebui consolidate.

Al doilea obiectiv ales, „Facilitarea accesului la resurse, la drepturi şi la servicii", este foarte ambiţios şi corespunde priorităţilor identificate în documentul comun de evaluare, JIM (Joint Inclusion Memorandum). Pentru mai multă precizie în privinţa a ceea ce se urmăreşte, introducerea unor obiective cuantificate ar fi binevenită. Îmbunătăţirea accesului la serviciile de asistenţă medicală este una din priorităţile identificate în JIM şi ar trebui să se regăsească printre priorităţile enumerate pentru acest obiectiv. Măsurile vizând împiedicarea discriminării grupurilor vulnerabile ar trebui să fie considerate în aceeaşi măsură ca fiind o prioritate.

Măsurile prevăzute pentru prioritatea „Ameliorarea condiţiilor de trai pentru populaţia romă" sunt axate pe integrarea socială şi şcolară a romilor (ameliorarea accesului la educaţie, la piaţa muncii, la locuinţe, eliminarea problemei existenţei persoanelor fără acte de identitate etc.), precum şi îmbunătăţirea dialogului şi a cooperării interinstituţionale.O mare parte a populaţiei rome participă la piaţa subterană a forţei de muncă. Măsurile de combatere a acestui fenomen cu repercusiuni grave asupra sistemului de protecţie socială ar trebui consolidate în perioada următoare. O atenţie specială ar trebui acordată măsurilor axate asupra femeilor rome.

Cele trei obiective alese sunt ambiţioase, în conformitate cu priorităţile identificate în documentul comun de evaluare (JIM). În scopul atingerii obiectivelor propuse, ar fi nevoie de asigurarea unei alocaţii financiare clare şi adecvate, de o descriere a conţinutului şi etapelor programelor prevăzute şi de indicatori cuantificaţi pentru fiecare obiectiv în parte.

3.4 Guvernarea

Strategia a fost redactată de Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei cu participarea ministerelor si agenţiilor direct implicate. Elaborarea strategiei ar fi avut de câştigat de pe urma unei participări mai extinse a tuturor părţilor având responsabilităţi în acest domeniu (administraţii locale, ONG-uri, furnizori de servicii sociale etc.), întrucât mobilizarea tuturor părţilor este atât un mijloc, cât şi un scop pentru atingerea obiectivelor în materie de incluziune şi protecţie socială.

Strategia identifică pentru fiecare obiectiv prioritar instituţiile responsabile cu punerea în aplicare a acestuia. O atenţie specială ar trebui acordată consolidării capacităţii autorităţilor la nivel local. Evaluarea şi monitorizarea vor fi realizate prin intermediul unui sistem de administrare a informaţiei care va permite colectarea şi analiza datelor la nivel central,

regional şi local. În prezent, un mecanism național de promovare a incluziunii sociale având ca scop extinderea consultării instituționale la nivel teritorial este în curs de instituire. Observatorul Social, o nouă instituție în curs de înființare (legea 47/2006), va avea ca rol monitorizarea impactului politicilor sociale.

4. Pensiile

Asemenea tuturor statelor membre UE, România se confruntă cu importante provocări de ordin demografic, previziunile referitoare la viitoarele indice de dependență a vârstnicilor din România apropiindu-se de media UE: 21,1% în 2005, ajungând la 51,1% în 2050.

Cifrele Eurostat pentru 2003 cu privire la gradul de sărăcie al pensionarilor din România indică o rată de sărăcie de 17% pentru persoanele de peste 65 de ani (cu o diferență semnificativă între femei şi bărbați: 24% pentru femei şi 14% pentru bărbați). Această rată este mai ridicată decât media UE, deşi este ceva mai scăzută decât cea corespunzătoare populației din România cu vârsta cuprinsă între 0 şi 64 de ani, care a fost de 18,4%. Nivelul de sărăcie a rămas stabil în ultimii ani, înregistrând o scădere de câteva puncte procentuale în ultimul an. Este necesar să fie acordată atenție marilor discrepanțe dintre sexe relativ la riscul de sărăcie.

Potrivit surselor naționale, între 1995 şi 2005, cheltuielile publice pentru pensii s-au stabilizat la 6,5% din PIB. În 1995, sistemul de pensii a înregistrat deficite ce au fost acoperite prin transferuri de la bugetul de stat, în timp ce previziunile pentru anul 2006 sugerează că va exista un surplus (datorat în principal reducerilor cheltuielilor ca urmare a externalizării beneficiilor pe termen scurt şi a renunțării la obligațiile referitoare la pensiile agricultorilor independenți). Pensia medie din România este de 38,8% din venitul mediu (surse naționale, inclusiv cele cu un istoric al contribuțiilor incomplet, pensii anticipate şi pensii pentru invaliditate).

Sistemul de pensii din România a înregistrat reforme substanțiale în ultima decadă, rezultând într-un sistem care urmăreşte să ofere mai multă echitate şi viabilitate pe termen lung. Sistemul ca atare, cu reformele în domeniul pensiilor prin repartiție şi cu dezvoltarea unor noi fonduri de pensii prin capitalizare (la care se contribuie atât obligatoriu cât şi voluntar), reflectă pachete de reforme similare celor adoptate în Europa, în special în noile state membre. O diferență notabilă privind dezvoltarea fondurilor de pensii prin capitalizare este lipsa de implicare a angajatorilor (prin contracte colective) în noul sistem. Acest fapt ar putea avea un impact considerabil asupra succesului implicării unei proporții semnificative din populația încadrată în muncă în strângerea voluntară de economii pentru pensionare.

Reformele recente ale sistemului de pensii prin repartiție şi măsurile care vizează creşterea nivelului pensiilor pentru cei din afara sistemului amintit (în special agricultorii independenți), au dus la creşterea tuturor pensiilor şi, ca urmare, la un nivel de sărăcie a populației vârstnice mai scăzut decât cel al populației în ansamblul ei.

Cu toate acestea, România se confruntă cu un real risc al unui nivel ridicat de sărăcie a populației vârstnice viitoare datorată faptului că un procent semnificativ din populația încadrată în muncă în prezent nu contribuie la sistemul de pensii prin repartiție, cum este cazul actualilor agricultori independenți cu dosare de contribuții insuficiente pentru a putea beneficia de asistență specifică. Cu numai o treime din populația încadrată în prezent în muncă contribuind la sistemul de pensii de stat, atât viabilitatea pe termen lung, cât şi caracterul adecvat al acestuia pot reprezenta serioase provocări. România trebuie să îşi intensifice eforturile în vederea creşterii ratei de ocupare a forței de muncă, concomitent cu asigurarea unei creşterii corespunzătoare a contribuțiilor la sistemul de pensii (în special în ceea ce priveşte colectarea contribuțiilor). De asemenea, trebuie să se acorde atenție poziției

femeii şi a celor care acordă servicii de îngrijire, pentru a se asigura că sistemul de pensii nu penalizează aceste categorii datorită rolului lor de îngrijitori. Un eşec în această privinţă ar putea duce la apariţia unui sistem dualist, conform căruia cei care au contribuit pe durata încadrării lor în muncă beneficiază de pensii adecvate, în timp ce o proporţie însemnată a persoanelor vârstnice va depinde de alocaţii de asistenţă acordate proporţional cu nivelul veniturilor, acest fapt conducând la necesitatea unor viitoare transferuri de capital, atât considerabile cât şi impredictibile, către populaţia vârstnică.

5. Asistenţa medicală şi asistenţa de lungă durată:

5.1.Asistenţa medicală

Descrierea sistemului Reformele majore în ceea ce priveşte asistenţa medicală au transformat sistemul centralizat, bazat pe taxe, într-un sistem de asigurări sociale de sănătate descentralizat şi pluralist, bazat pe relaţii contractuale între fondurile de asigurare medicală, în calitate de cumpărători, şi furnizorii de servicii de asistenţă medicală. Sistemul acoperă întreaga populaţie prin intermediul mijloacelor publice şi private. Acesta este axat pe asigurări, participarea fiind obligatorie şi corelată statutului de angajat. Contribuţiile reprezintă un procent din venit, fiind plătite în proporţii egale de către angajator şi asigurat. Asistenţa medicală primară (AMP) a fost reformată. Medicii de familie care sunt angajaţi pe bază de contract de către fondurile de asigurări sunt medici independenţi care lucrează în cadrul cabinetelor medicale private.
Ei acţionează ca „filtru", prescriind trimiteri pentru tratamentele ambulatorii.
Serviciile ambulatorii sunt asigurate de către unităţile ambulatorii ale spitalelor şi de către centre specializate. Cabinetele private sunt permise, deşi spitalele sunt, în general, proprietate de stat. Casele Judeţene de Asigurări de Sănătate (CJAS) colectează contribuţiile de asigurare, angajează furnizorii de servicii de asistenţă medicală şi asigură plata şi rambursarea. Casa Naţională de Asigurări de Sănătate (CNAS) poate realoca până la 25% din fondurile colectate unor judeţe subfinanţate. Un procent de 5% din fondurile colectate trebuie păstrate ca rezerve. CNAS negociază contractele cu Colegiul Medicilor. Bugetul de stat (taxe) a reţinut responsabilitatea pentru finanţarea serviciilor de sănătate publică, pentru investiţii de capital şi politicile de prevenire. Pentru cheltuielile pentru medicamente sunt necesare coplăţi formale. Plăţile directe, „din buzunar" sunt considerabile, iar sumele plătite neoficial către furnizorii publici sunt semnificative. Spitalele sunt finanţate în funcţie de activităţile spitaliceşti, iar ele vor deveni proprietatea consiliilor locale. Salariul tuturor medicilor este asigurat de către CJAS pe bază de contract. Pentru AMP, plata acestora este o combinaţie între plata per capita (70%) şi plata per serviciu (30% pentru servicii de prevenire). Medicii care acordă asistenţă medicală secundară în ambulatoriu sunt plătiţi în sistemul de plată per serviciu. Personalul care lucrează în spitale este salariat. Strategia naţională stabileşte ca prioritate majoră accesul sporit al grupurilor defavorizate şi îmbunătăţirea calităţii serviciilor acordate.

Accesibilitate: Copiii, persoanele aflate în întreţinere, veteranii de război şi persoanele cu handicap au acces gratuit la asigurările medicale. Nivelul ridicat al plăţilor private directe „din buzunar" (33,5% din totalul cheltuielilor cu sănătatea în 2003) şi preţurile prohibitive ale serviciilor medicale care constituie un obstacol real în calea accesibilităţii. În ciuda reformării şi a integrării AMP, o mare parte a populaţiei nu este înregistrată pe listele vreunui medic de familie. Creşterea recentă a numărului personalului medical nu a rezolvat problema accesibilităţii în zonele rurale izolate, lipsite de servicii specializate şi care se află la distanţe mari de unităţi sanitare sau de spitale. Acest lucru este de o importanţă aparte pentru populaţia romă. Cu toate că, începând cu anul 2002, au fost demarate programe pilot şi s-a

creat cadrul legal pentru dezvoltarea unei rețele de asistente medicale la nivelul comunității, procesul de punere în aplicare trebuie accelerat și extins și pe mai departe, astfel ca și comunitățile cele mai izolate și vulnerabile să fie incluse. În 2002 a fost înființat un sistem național de mediatori romi. Numărul acestora este în creștere, rolul lor fiind acela de a îmbunătăți situația medicală a comunităților rome. Accesul diferențiat este datorat și distribuției teritoriale eterogene a spitalelor, a numărului de paturi în spitale și a personalului medical. O altă problemă importantă este că asistența medicală ulterioară trimiterii este asigurată doar celor acoperiți de asigurarea medicală, nu și persoanelor fără asigurare. Aceasta este o dublă problemă, ea presupunând atât un număr insuficient de medici de familie cât și neînregistrarea pe listele acestora. Serviciile ambulatorii sunt limitate din punct de vedere material și necesită îmbunătățiri. În scopul abordării problemei accesibilității, asistența medicală trebuie asigurată indiferent dacă cineva este sau nu pe listele vreunui medic de familie, și anume pe baza unui pachet minim de asistență medicală care a fost deja introdus (în cazuri de urgență) și care este definit prin lege.

Calitatea: În cadrul AMP, pacientul are dreptul de a-și alege în mod liber medicul de familie și spitalul. Reglementările legale sunt deseori greșit interpretate de către CJAS, creând confuzie cu privire la drepturile pacienților. Persoanele asigurate sunt deseori greșit informate cu privire la drepturile și obligațiile lor într-un număr relativ extins de probleme, iar mecanismele de evaluare și de control lipsesc. O posibilitate de îmbunătățire a calității prin creșterea finanțării este extinderea furnizării private. Cu excepția investițiilor de capital, existența mecanismelor de redistribuire nu indică nici o îmbunătățire imediată a calității. Principalul obstacol în calea ameliorării calității este proasta distribuire și salarizare a personalului medical specializat, care necesită noi investiții în instruire și reinstruire. Au fost făcute eforturi pentru canalizarea resurselor către cele mai performante instituții medicale și pentru desființarea spitalelor și a centrelor specializate de proastă calitate. Scăderea numărului paturilor din spitale ce a rezultat ca urmare a acestei situații nu a fost dublată de o dezvoltare corespunzătoare și o îmbunătățire a calității serviciilor ambulatorii. Achiziționarea de echipament medical este problematică și marcată de importante disparități regionale.

Viabilitatea pe termen lung: În 2004, totalul cheltuielilor pentru asistența medicală a fost estimat la 5,7% din PIB. În 2004, partea cheltuielilor publice de sănătate a fost de 59% din totalul cheltuielilor de sănătate, în timp ce plățile directe „din buzunar" au fost în creștere și au reprezentat 36,3% din totalul cheltuielilor de sănătate. În cazul asistenței ambulatorii, plata medicilor în baza unui sistem de plăți per serviciu combinat cu un sistem de punctaj poate cauza rambursări și plăți scăzute, și aceasta datorită unui pachet financiar unic pentru acele servicii. Autoritățile urmăresc înființarea unui sistem informațional unic (ICT), care ar crește eficiența și performanța sistemului prin intermediul accesului informatizat la fișele medicale ale pacienților și prin abordarea problemei furnizării neoficiale și nereglementate de medicamente. Deși cheltuielile totale de sănătate par a fi în declin, măsurile anunțate pentru integrarea AMP pot fi benefice în privința viabilității pe termen lung a sistemului și conduc la o utilizare mai rațională și eficientă a resurselor și a personalului medical. Acest lucru este cu atât mai important cu cât sistemul de trimiteri este deseori ocolit. În încercarea de a rezolva problema cheltuielilor private ridicate, vor fi introduse coplățile pentru asistența specializată, fiind abordate astfel și problemele suprasolicitării spitalelor și ale plăților neoficiale.

5.2. Asistența pe termen lung:

Descrierea sistemului: Nu există o rețea cuprinzătoare de asistență socială centrată pe comunitate. Asistența și sprijinul extern sunt încă foarte importante pentru viitoarea dezvoltare a sectorului de asistență pe termen lung (ATL). Una dintre probleme constă în

imposibilitatea de a externa pacienţii ce necesită asistenţă pe termen lung din secţiile pentru bolnavi acuţi deoarece lipsesc alternativele corespunzătoare. Reformele în domeniul asistenţei pe termen lung au transferat responsabilităţile de la bugetul central la autorităţile locale şi judeţene. Casele de bătrâni şi sanatoriile sunt sub autoritatea CJAS. Beneficiarilor de ATL li se cere să plătească o sumă ce le este dedusă din pensie sau salariu şi care este transferată la bugetul central. Persoanele fără surse de venit intră în responsabilitatea bugetului local. Cu toate că există şi servicii ATL acordate gratuit categoriilor de populaţie mai vulnerabile, finanţarea sistemului combină resursele bugetare locale (judeţene) şi pe cele de la bugetul de stat. Sistemul este încă slab dezvoltat, iar ONG-urile joacă un important rol organizaţional şi financiar. Au fost întreprinse eforturi specifice cu ajutorul fondurilor suplimentare alocate pacienţilor cu boli mentale şi utilizatorilor de substanţe stupefiante. Au fost iniţiate programe pilot şi create noi centre de psihiatrie, aceste măsuri fiind însoţite de oferirea cadrului legal pentru ca nevoile pacienţilor cu boli mentale să fie satisfăcute. O nouă lege urmăreşte crearea unui ajutor de dependenţă pentru finanţarea asistenţei pe termen lung la domiciliu şi în centrele de îngrijire. Ajutorul va fi acordat integral pe baza unei evaluări a mijloacelor de trai ale aplicanţilor (în funcţie de gradul de dependenţă şi de locul de acordare a serviciului de asistenţă). Aceeaşi lege propune o contribuţie obligatorie de asigurare pentru ATL, fondurile colectate fiind folosite pentru finanţarea ajutorului de dependenţă. Punerea în aplicare a acesteia este prevăzută pentru anul 2007.

Accesibilitate: Pentru ca accesul la asistenţa pe termen lung să fie facilitat, este necesar ca numărul instituţiilor care oferă acest serviciu să crească, şi aceasta mai ales în zonele rurale şi în cele izolate. Obiectivul este mutarea accentului de pe îngrijirea în clinici specializate pe îngrijirea la domiciliu. În orice caz, un prim pas esenţial îl constituie soluţionarea problemei utilizării paturilor din secţiile de acuţi şi a insuficienţei acestora.

Calitatea: Ameliorarea calităţii ATL şi a standardului de viaţă în instituţiile care oferă acest serviciu reprezintă o prioritate pentru autorităţi. În mod similar, o altă prioritate pentru autorităţi este formarea unei reţele de asistenţi sociali şi îmbunătăţirea condiţiilor prin instruirea corespunzătoare a personalului medical care lucrează în ATL.

Viabilitatea pe termen lung: Noua lege îşi propune să abordeze problema viabilităţii pe termen lung a sistemul ATL, prin introducerea unei metode de finanţare proporţională cu veniturile şi pe selecţionarea beneficiarilor ATL şi a participării obligatorii la asigurarea pentru acest serviciu. Deşi a fost creată noua Agenţie pentru Protecţia Copilului, autorităţile locale sunt încă subfinanţate, iar ATL este încă slab dezvoltată.

6. Provocări:

- Consolidarea măsurilor necesare pentru întreruperea ciclului sărăciei, mai ales prin concentrarea asupra veniturilor şi accesului la servicii al grupurilor expuse riscurilor, ca de exemplu, populaţia rurală, romii, femeile în vârstă şi familiile monoparentale şi numeroase.

- Promovarea unei abordări bazată pe incluziunea activă, în special prin crearea de locuri de muncă de calitate, unde munca este remunerată în mod corespunzător. În acest context, se vizează grupurile vulnerabile (în special tinerii) şi locuitorii din zonele defavorizate (cu precădere în zonele rurale), prin intermediul unor măsuri şi politici specifice consolidate.

- Acordarea unei atenţii speciale consolidării capacităţii autorităţilor locale de a identifica şi pune în aplicare mai bine priorităţile şi de a garanta că punerea în aplicare a măsurilor,

acțiunilor şi proiectelor utilizează în mod coerent şi eficient fondurile alocate şi că obiectivele vizate sunt efectiv realizate.

- Finalizarea implementării strategiei guvernamentale de îmbunătățire a situației romilor (atribuirea de acte de identitate pentru toți romii, combaterea tuturor formelor de discriminare, îmbunătățirea accesului la educație, la piața muncii, la locuințe etc.).

- Îmbunătățirea funcționării sistemului de pensii printr-o creştere considerabilă a proporției celor care, încadrați în muncă fiind, îşi declară întreaga activitate plătită şi prin luarea de măsuri pentru asigurarea plății unor contribuții adecvate la sistemul de securitate socială, precum şi creşterea, per ansamblu, a ratei ocupării forței de muncă, avându-se în vedere în special creşterea numărului vârstnicilor aflați în câmpul muncii.

- Continuarea reformelor în curs de derulare pentru a se asigura atât o îmbunătățire a capacității de satisfacere a nevoilor vârstnicilor din ziua de azi, şi, mai mult decât atât, a generațiilor viitoare de vârstnici, cât şi viabilitate pentru viitor.

- Continuarea eforturilor în direcția realizării unui sistem de asigurare socială de sănătate decentralizat şi complet funcțional, sistem care să poată oferi soluții problemei acoperirii parțiale şi viabilității financiare pe termen lung.

- Extinderea alocării de resurse către sistemele de asistența medicală şi ATL, pentru a căuta soluții problemelor privind accesibilitatea (discrepanțele geografice şi insuficiența serviciilor specializate), pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor oferite şi coordonarea autorităților de finanțare centrale şi locale, în vederea realizării unui sistem de asistență medicală primară (AMP), a unor sisteme funcționale de trimiteri şi de filtrare , precum şi pentru rezolvarea problemei cheltuielilor private ridicate pentru asistența medicală şi produsele farmaceutice.

Romania: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	2.1	24.9
2002	5.1	28.1
2004	8.4	32.6
2006	7.2f	35.8f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	63.0	68.6	57.5	33.1	49.5
2002	57.6b	63.6b	51.8b	28.7b	37.3b
2004	57.7	63.4	52.1	27.9	36.9
2005	57.6	63.7	51.5	24.9	39.4

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	7.2	7.8	6.4	20.0
2002	8.4	9.1	7.7	23.2
2004	8.1	9.1	6.9	21.9
2005	7.2	7.8	6.4	20.2

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	65.3	73.1	12.6	15.1	n.a	n.a	21.2
2000	67.7	74.6	13.4	15.7	n.a	n.a	18.6
2004	68.3sp	75.6sp	13.3sp	16.2sp	n.a	n.a	16.8

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop Covered by PHI** % of pop
1995	n.a	n.a	n.a		
2000	5.4	65.5	31.7		
2004	5.7	59.6	36.3		

s: Eurostat estimate; p: provisional

*THE: Total Health Expenditures

**PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
2000	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
2004	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a

* including administrative costs

Age related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	21.1	n.a	n.a	n.a	n.a
2010	21.2	n.a	n.a	n.a	n.a
2030	29.6	n.a	n.a	n.a	n.a
2050	51.1	n.a	n.a	n.a	n.a

Romania: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
HBS income 2004	Total	Children 0-15	16+	16-64	65+	Total	Children 0-15	16+	16-64	65+		S80/S20
Total	18	25	16	16	17	23	24	22	23	19	**Total**	4,8
Male	18	-	16	17	11	23	-	23	23	18	**Male**	-
Female	18	-	17	16	21	23	-	22	23	19	**Female**	-

	People living in jobless households					Long-term unemployment rate				Early school-leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	7.3	7.8	7.0	8.6	**1999**	2.8	2.8	2.7	**1999**	21.5	23.0	20.0
2004	11.1	11.1	10.4	11.7	**2004**	4.5	5.2	3.6	**2004**	23.6b	24.9b	22.4b
2006	10.0	9.7	8.8	10.6	**2005**	4.4	4.7	3.9	**2005**	20.8	21.4	20.1

: excluding students; b: break in series

HBS income 2004	Total	Male	Female	HBS income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.91	0.99	0.86	***Aggregate replacement ratio***	n.a	n.a	n.a

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*						
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates			
									Pensions (or social security)	Occupational & voluntary pensions		
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Current estimate (2002)		Assumption
n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a

*:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

SLOVENIJA

1. Stanje in ključna gibanja:

Slovensko gospodarstvo se ponaša s stabilno rastjo BDP, ki je v preteklem desetletju znašala v povprečju skoraj 4%. BDP na prebivalca je leta 2006 dosegel 83.6% povprečja EU. Čeprav je stopnja zaposlenosti rahlo nad povprečjem EU (66% v letu 2005), stopnja brezposelnosti pa med najnižjimi (6.5% v letu 2004), trg dela še vedno zaznamujeta nizka zaposlenost starejših delavcev (30.7%), zlasti starejših žensk (18.5%). Leta 2005 je bila stopnja brezposelnosti mladih 15,9% in je bila višja pri mlajših ženskah (17.8%). Regionalna neskladja so precejšnja, saj vzhodna Slovenija občutno zaostaja. Zaradi precej visoke stopnje skupnih izdatkov za socialno zaščito (24.3% BDP leta 2004) je stopnja tveganja revščine sorazmerno nizka[97] (12% leta 2004; kar je pod povprečjem EU). V okviru izdatkov za socialno zaščito (izraženih v odstotkih skupnih dajatev) je bil največji delež porabljen za starostne pokojnine in preživele družinske člane (44.7%), temu so sledila nadomestila za čas bolezni ter zdravstveno varstvo (32.7%), 2.8% izdatkov pa je bilo porabljenih za nastanitev in socialno izključenost. Zaradi predvidenega hitrega staranja prebivalstva v prihodnjih desetletjih – pričakovana življenjska doba se daljša, stopnja rodnosti pa je nizka (1,26 leta 2005) – se pričakuje, da se bodo javni socialni izdatki, povezani s staranjem prebivalstva, do leta 2050 povečali za 9.6 odstotne točke, delež odvisnosti starejšega prebivalstva (21.7% leta 2005) pa več kot podvojil (55.6% leta 2050). Pričakovana življenjska doba (73,7 let za moške in 80,6 let za ženske leta 2004) je pod povprečjem EU, vendar ena od najvišjih med novimi državami članicami. Stopnja umrljivosti dojenčkov (3.7% leta 2004) je pod povprečjem EU, ki znaša 4.5%, in je od leta 1960, ko je bila 35.1%, znatno padla. Perinatalna umrljivost se je zmanjšala z 29.2% v letu 1960 na 7.7%.

2. Splošni strateški pristop

Nacionalno poročilo o strategijah ugotavlja, da globalizacija in staranje slovenske družbe zahtevata spremembe sistemov socialne zaščite za spodbujanje pravične in vzdržne socialne države, ki bi ljudi hkrati motivirala k večji aktivnosti. Zato se splošna slovenska strategija za socialno zaščito in socialno vključenost osredotoča na izboljšanje prožnosti na trgu dela, posodobitev sistema socialnih transferjev, spodbujanje daljše delovne dobe na podlagi vzdržnih pokojninskih sistemov in ohranjanje dosežene ravni javnega zdravstvenega varstva.

Strategija za spodbujanje socialne vključenosti se osredotoča na aktiviranje tistih, ki se najtežje vključijo na trg dela, , zagotavljanje stanovanj najbolj ranljivim skupinam, boj proti diskriminaciji ter pospeševanje vključevanja priseljencev v družbo in zagotavljanje varstva za ostarele. Te prednostne naloge so glavni izzivi, s katerimi se spopada Slovenija na področju socialne vključenosti. Kljub temu se lahko izkaže, da ukrepi za aktiviranje in boj proti diskriminaciji ne bodo zadostovali, cilji pa ne bodo dovolj ambiciozni za obvladovanje obstoječih izzivov, kar zadeva krepitev prožnosti in konkurenčnosti trga dela in podaljšanje

---

97 SILC(2005) prihodek v letu 2004: Začasni podatki. Zaradi uvedbe EU-SILC v letu 2005, vrednosti vseh kazalnikov, ki se nanašajo na dohodek (stopnja tveganja revščine, razmerje kvintilnih razredov 80/20, koeficient agregatnega nadomestka, in tako naprej za dohodek v letu 2004), ne moremo primerjati z ocenami, predstavljenimi v prejšnjih letih, zato spremembe, ki jih je mo č zaslediti glede na prejšnja leta, niso relevantne. Med prehodom na novi, znotraj Evropske unije usklajeni in primerljivi vir EU-SILC (glej metodološko zaznambo), so te ocene slonele na podlagi nacionalne Ankete o porabi v gospodinjstvih, ki pa ni primerljiva z metodologijo EU-SILC.

delovne dobe. Integracija načela enakosti spolov se v politikah in ukrepih ne uporablja sistematično; kljub temu se poroča o nekaterih pozitivnih ukrepih za ženske.

Nacionalno poročilo o strategijah je močno povezano z Lizbonskim nacionalnim programom reform, zlasti na področjih aktivnega vključevanja in posodabljanja sistemov socialne zaščite. Vendar je zagotavljanje ustrezne ravni zaščite v okviru načrtovanih reform izziv, s katerim se je treba spopasti.

Dobro upravljanje se spodbuja z vključevanjem ustreznih zainteresiranih strani pri oblikovanju nacionalnega poročila ter spremljanju in ocenjevanju izvajanja tega poročila. Transparentnost je bila ob različnih priložnostih zagotovljena na podlagi razprav o poročilu (javne razprave, posvetovanje s socialnimi partnerji, itd.).

3. Socialna vključenost

3.1 Ključna gibanja

Na splošno so ključna gibanja na področju socialne vključenosti ugodna. Stopnja tveganja revščine[98] (12% leta 2004) in dohodkovna neenakost (3.4% leta 2004) sta med najnižjimi v EU. Kljub temu je stopnja tveganja revščine v nekaterih skupinah prebivalstva, na primer v enočlanskih gospodinjstvih (45%), pri brezposelnih (25%), v enočlanskih gospodinjstvih z vsaj enim otrokom (22.4%) in pri ženskah starejših od 65 let (26%), visoka. Stopnja tveganja revščine teh skupin in prebivalstva na splošno bi bila še višja (42%) brez socialnih transferjev in pokojnin.

Na podlagi Nacionalnega poročila o strategijah število prejemnikov socialne pomoči r narašča: 41% prejemnikov je mlajših od 27 let, 15% je dolgotrajno brezposelnih. Čeprav so kazalci na področju izobraževanja in usposabljanja dobri (delež izobraženih 22-letnikov je 90.6%, delež tistih, ki prezgodaj zapustijo šolo, pa je nizkek, 4.3%), ima 41% prejemnikov socialne pomoči nizko izobrazbeno stopnjo (nacionalni podatki).

Na podlagi popisa prebivalstva iz leta 2003 je 83.5% prebivalcev lastnikov stanovanj. Kljub temu imajo zaradi pomanjkanja stanovanj v najbolj urbanih območjih in visokih cen stanovanj nekatere skupine prebivalstva težave pri dostopu do stanovanj.

3.2 Ključni izzivi in prednostne naloge

V skladu s ključnimi izzivi, ki so opredeljeni v Nacionalnem poročilu o strategijah, se področje socialne vključenosti osredotoča na štiri prednostne naloge: večja aktivnost prejemnikov socialne pomoči ter dvig izobrazbene ravni in izboljšanje zaposlitvenih možnosti; zagotavljanje stanovanj za ranljive skupine; boj proti diskriminaciji in vključevanje priseljencev v družbo ter zagotavljanje varstva za ostarele. Te prednostne naloge predstavljajo izzive za Slovenijo, ki so opredeljeni v Skupnem poročilu o socialni zaščiti in socialnem vključevanju v EU za leto 2006. Prva prednostna naloga slovenskega poročila se posveča aktivnemu socialnemu vključevanju za vse. Druge prednostne naloge pa se osredotočajo na zagotavljanje splošnega dostopa do virov, pravic in storitev, ki so potrebni za sodelovanje v družbi.

Na podlagi poročila je bil v zadnjih letih že dosežen napredek pri obravnavanju nekaterih slovenskih prednostnih nalog. Sprejeti so bili novi ukrepi za ponovno vključevanje ljudi, ki so

---

98 SILC(2005) prihodek v letu 2004: začasni podatki.

odvisni od socialnih prejemkov na trg dela, še naprej pa so se razvijali obstoječi ukrepi. Novi ukrepi za aktivno vključevanje so bili usmerjeni na uvedbo pogojev za upravičenost do prejemanja socialne pomoči in na subvencije delodajalcem, ki zaposlijo dolgotrajno brezposelno osebo. Nedavne davčne reforme bi morale dodatno spodbuditi zaposlovanje. Pomembno je spremljati vpliv teh reform na varnost dohodka in učinkovito vključenost zadevnih ljudi. Prav tako je bil dosežen napredek pri zagotavljanju boljšega dostopa do stanovanj, zlasti za najbolj ranljive skupine. Kljub temu so številni izzivi še vedno ostali nerešeni. Vprašanja povezana s spolom niso sistematično obravnavana. Poročilo ugotavlja obstoj diskriminacije, vendar je glede vrst in obsega diskriminacije nejasno. Poročilo v okviru opredeljenih prednostnih nalog ne upošteva regionalnih razlik.

Politike na področju socialnega vključevanja bodo na podlagi številnih strateških dokumentov, pripravljenih v zadnjih letih, do določene mere koordinirane in vključene v ustrezne javne politike. Vloga strukturnih skladov, zlasti Evropskega socialnega sklada (ESS), je pri podpiranju ciljev Nacionalnega poročila o strategijah zelo pomembna, ker je načrtovano , da bo ESS sofinanciral večino ukrepov, povezanih s trgom dela.

3.3 Politični ukrepi

Za obravnavo vsake posamezne prednostne naloge, Nacionalno poročilo o strategijah opredeli različne ukrepe, kot so zakonske spremembe, dejavnosti na področju aktivne politike trga dela/dejavnosti vključevanja ter konkretne projekte. V okviru vsake posamezne prednostne naloge so določeni cilji in kazalci ter navedena ustrezna finančna sredstva.

Prva prednostna naloga, večja aktivnost prejemnikov socialnih transferjev , dvig izobrazbene ravni in izboljšanje zaposlitvenih možnosti, se osredotoča na zvišanje stopnje zaposlenosti starejših ljudi, aktiviranje prejemnikov socialne pomoči in reformo socialnih transferjev. Višja stopnja zaposlenosti starejših ljudi bo dosežena s kombinacijo aktivnih politik (na primer subvencije delodajalcem in inovativni ukrepi, ki jih podpira ESS) in spremembami zakonodaje (razširitev obsega zaposlenosti starejših ljudi za krajši delovni čas in spodbude za poznejši odhod s trga dela). Glavni ukrepi, sprejeti za povečanje aktivnosti prejemnikov socialne pomoči, zaostrujejo pogoje za dostop do socialne pomoči in subvencij delodajalcem, ki zaposlijo dolgotrajno brezposelne. Ti ukrepi bi bili lahko bolj ambiciozni, zlasti z vidika načrtovanega povečanja prožnosti trga dela in podaljšanja delovne dobe. Več pozornosti bi bilo treba nameniti zlasti najbolj ranljivim skupinam, kot so starejše ženske in ljudje, ki živijo v enočlanskih gospodinjstvih z vsaj enim otrokom. Poleg tega bi se morala ta prednostna naloga bolj osredotočiti na brezposelne mlade, saj jih je med dolgotrajno brezposelnimi prejemniki socialne pomoči največ. To se nanaša še posebej na poziv Evropskega sveta za zagotovitev, da dobi vsaka brezposelna mlada oseba v šestih mesecih ponudbo za zaposlitev ali usposabljanje. Treba je vzpostaviti mehanizme za oceno vpliva ukrepov.

Druga prednostna naloga, zagotavljanje namestitev za ranljive skupine, se na eni strani osredotoča na zagotavljanje začasnih bivališč za večino ranljivih skupin in na drugi strani na težave, povezane s splošnim pomanjkanjem stanovanj in njihovih visokih cen. Nastanitev za večino ranljivih skupin, kot so matere samohranilke, duševno ali telesno prizadeti ljudje, uživalci mamil in brezdomci, zagotavlja Nacionalni program za socialno zaščito 2006–2010, ki določa jasne cilje za zagotovitev dodatnih stanovanj do leta 2008. Težav v zvezi s ponudbo stanovanj in njihovim financiranjem se bo lotila nacionalna stanovanjska strategija, ki je v pripravi. Ti ukrepi bodo dopolnjeni z zmanjšanjem administrativnih in ostalih ovir na področju zakonodaje o urejanju prostora, davčne zakonodaje ter zagotavljanjem finančnih spodbud občinam za podporo dodatne ponudbe stanovanj. Ta prednostna naloga zajema

ključne vidike vprašanja zagotovitve namestitev ..Kljub temu ni jasno, ali bodo ti ukrepi najbolj ranljivim skupinam zagotovili pomoč pri preselitvi iz začasnih v stalna bivališča.

Tretja prednostna naloga, boj proti diskriminaciji in vključevanje priseljencev v družbo, je najmanj osredotočena in jasna. Za upravičenje te prednostne naloge so potrebni trdnejši dokazi ter celostna strategija, ki bi upoštevala potrebe vseh prikrajšanih skupin. Tukaj sta omenjena delo Sveta za izvajanje načela enakega obravnavanja moških in žensk in izvajanje Nacionalnega programa za enake možnosti žensk in moških 2005–2013, vendar jasni cilji niso navedeni. Nacionalno poročilo o strategijah ne namenja dovolj pozornosti drugim težavam v zvezi z diskriminacijo, kot je vključevanje narodnih manjšin in etničnih skupin (Romi) v vsa področja življenja. Dodatno pozornost je treba nameniti tudi podpori materam samohranilkam, ki so bolj izpostavljene revščini, zlasti v zvezi z uskladitvijo poklicnega in zasebnega življenja. Ukrepi za vključevanje priseljencev (oblikovanje in izvajanje načrta vključevanja za vsakega priseljenca, nastanitev, posebna pozornost namenjena ranljivim skupinam, posvetovanje in psihosocialna pomoč) so usmerjeni na begunce in prosilce za azil, medtem ko druge skupine priseljencev niso omenjene. Cilji in dodeljena finančna sredstva (delno financirana s strani ESS) so določeni v povezavi z nekaterimi vidiki vključevanja priseljencev.

Četrta prednostna naloga, zagotavljanje varstva starejših , kombinira cilje vseh treh področij racionalizirane odprte metode koordinacije na področjih socialne zaščite in socialne vključenosti. Ukrepi bodo izvedeni kot del izvajanja strategije za zaščito starejših oseb do leta 2010, ki se pripravlja. Ta prednostna naloga bo zajemala aktiviranje starejših delavcev, s čimer bodo zagotovljene socialno primerne in vzdržne pokojnine, ter številni ukrepi na področju zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe za ostarele. Poleg tega Nacionalni program za socialno zaščito 2006–2010 zajema ohranjanje in razvijanje obstoječih storitev za socialno zaščito starejših oseb (institucionalna oskrba, mreža dnevnega varstva, pomoč na domu, oskrbovana stanovanja itd.).

3.4 Upravljanje Vsebino Nacionalnega poročila o strategijah, ki se nanaša na področje socialnega vključevanja je pripravilo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve in jo poslalo v posvetovanje delovni skupini, v katero so bili vključeni predstavniki vladnih služb, raziskovalnih institucij, lokalnih skupnosti, nevladnih organizacij in socialnih partnerjev. Poročilo je bilo predstavljeno in o njem se je razpravljalo na seminarju, organiziranem za splošno javnost, čeprav samo poročilo takrat še ni bilo na voljo. Končni dokument bo poslan vsem zainteresiranim stranem, kar je pomembno za dvig ozaveščenosti. Poročilo je skušalo čim bolje identificirati merljive cilije za izboljšanje spremljanja rezultatov in vplivov. Poleg tega bo ustanovljena posebna skupina za vrednotenje, v katero bodo vključene vse ustrezne zainteresirane strani, pripravljeno pa bo tudi poročilo . Kljub temu bi se lahko naredilo več pri vključevanju tistih, ki dejansko izvajajo predlagane politike in ukrepe (centri za socialno delo, nevladne organizacije itd.), v postopek oblikovanja, spremljanja in ocenjevanja poročila. Nekateri akterji, ki sodelujejo pri izvajanju politik in ukrepov, zatrjujejo, da niso bili seznanjeni s tem poročilom ali njegovo dodano vrednostjo.

4. Pokojnine

Za starejše ljudi je bil leta 2004 relativni življenjski standard blizu standardu ostalega prebivalstva (87%)[99], medtem ko je bila stopnja tveganja revščine med starejšimi ljudmi 20% (razlike po spolu so velike: 11% za moške in 26% za ženske), kar je po ocenah znatno višje

[99] SILC(2005) prihodek v letu 2004:

od prebivalstva pod starostjo 65 let. Stopnja zaposlenosti starejših delavcev ostaja nizka kljub nedavnemu povečanju (30,7%) in je v nasprotju z lizbonskim ciljem, ki je 50%.

V Poročilu o vzdržnosti za leto 2006 je Slovenija ocenjena kot država članica z visokim tveganjem glede vzdržnosti javnih financ, zlasti zaradi načrtovanega visokega povečanja izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva. Slovenija se tako kot večina drugih držav članic spopada z vse večjimi pritiski na proračun zaradi staranja prebivalstva. V skladu z napovedmi AWG leta 2005, bodo v letu 2050 javni izdatki za pokojnine narasli na 18.3% BDP, kar pomeni zvišanje za 7.3 odstotne točke glede na BDP iz leta 2004. V skladu z napovedmi ISG glede teoretičnih stopenj nadomestil za delavca z delovno dobo 40 let ob povprečnih dohodkih, ki se je upokojil pri starosti 65 let, se pričakuje, da se bo stopnja neto nadomestil znatno zmanjšala, in sicer z 82% leta 2004 na 60% leta 2050 (kar pomeni bruto zmanjšanje s 64% na 39%).

Skupno poročilo 2006 navaja, da reforma iz leta 2000 pomeni pomemben korak k zagotavljanju primernih in vzdržnih pokojnin, vendar poudarja, da so pritiski na pokojninski sistem v Sloveniji veliki in da so potrebni dodatni ukrepi za krepitev spodbujanja daljšega delovnega življenja.

S postopnim zviševanjem upokojitvene starosti, ki bo leta 2008 začela veljati za moške (63) in leta 2023 za ženske (61) – po 20 letih plačevanja prispevkov tako moških kot žensk –se zdi to prehodno obdobje dolgo., Hitrejše zmanjševanje razlik med spoloma glede upokojitvene starosti bi prispevalo k zagotavljanju prihodnje ustreznosti. Poleg tega je glede na zelo nizko stopnjo zaposlenosti med starejšimi ljudmi nujno izboljšati spodbude za daljše delovno življenje. Nadalje je glavni izziv zmanjšanje prezgodnjega odhoda s trga dela (pred standardno upokojitveno starostjo), kar bi v prihodnje pomagalo zagotoviti ustreznost (s pridobivanjem dodatnih pokojninskih pravic, ki se bodo sicer v skladu z načrtovanim zmanjšale) in vzdržnost.

Po uvedbi močnih spodbud za udeležbo pri prostovoljnih pokojninah, se delež aktivnih zavarovancev udeleženih v sistemih prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja povečuje (51% leta 2004, 56% leta 2005), pri čemer se poudarja pomembnost ustrezne prenosljivosti pravic kot tudi pravil o delitvi tveganja.

5. Zdravstveno varstvo in dolgotrajna oskrba

5.1 Zdravstveno varstvo

Opis sistema: obvezni sistem zdravstvenega zavarovanja, ki ga upravljajo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in njegove izpostave, zagotavlja vsem prebivalcem splošno kritje. Državljanom Hrvaške in Makedonije je zdravstveno varstvo zagotovljeno na podlagi dvostranskih sporazumov. Izvajalci zdravstvenih storitev so večinoma javne ustanove, čeprav število zasebnikov narašča. Lokalne oblasti financirajo zdravstvene dejavnosti na primarni ravni. Zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zagotavljajo splošni zdravniki in osebje v javnih zdravstvenih domovih ali zasebni zdravniki, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS. Ti delujejo kot „vratarji". Specialistična in bolnišnična oskrba se izvaja v bolnišnicah (75%), zdraviliščih ali zasebnih zdravstvenih ustanovah. Bolnišnice so večinoma javne. Domovi zdravstvene dejavnosti na primarni ravni se financirajo s kombinacijo glavarin in plačilom prispevkov za storitve ZZZS. Zdravniki javnega sektorja prejemajo plačo in dodatke. Zasebni zdravniki, ki nimajo sklenjene pogodbe z ZZZS, so za svoje storitve nagrajeni s honorarji. Financiranje poteka pretežno na podlagi

zaposlitve (z enakimi prispevki, ki jih plačujejo delodajalci in zaposleni). Prispevke plačujejo tudi upokojenci, samozaposleni, kmetje in obrtniki. Država plačuje prispevke za brezposelne in nezavarovane osebe. Doplačila se plačuje za številne storitve. V dopolnilno zdravstveno zavarovanje (za kritje doplačil) je vključenih 1,4 milijona ljudi (70% prebivalcev). Ker se zavedajo pomembnih izzivov dostopa, si organi oblasti prizadevajo izboljšati dostopnost zdravstvenega varstva, odpraviti finančno breme varstva, zmanjšati čakalne dobe in izboljšati razdeljevanje finančnih sredstev. Zaradi možnega izboljšanja učinkovitosti so organi oblasti usmerjeni k izboljšanju zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, sistema napotitev, ambulantne oskrbe in ambulantne kirurgije. Močno se poudarjajo koristi zdravega prebivalstva za vzdržnost in spodbujanja gospodarske rasti ter dejavnosti preprečevanja.

Dostopnost: približno 20 000 ljudi, večinoma iz republik nekdanje Jugoslavije, nima zdravstvenega zavarovanja, ker nimajo stalnega prebivališča ali državljanstva, čeprav so upravičeni do brezplačne nujne medicinske pomoči. Čeprav zavarovanje krije vse stroške nekaterih skupin (otroci, študenti, invalidi) in velikega števila storitev (preventivna oskrba, nujna medicinska pomoč, rak, diabetes ter reproduktivna oskrba in oskrba družinskih članov), organi oblasti menijo, da lahko gotovinska plačila (9,8% celotnih izdatkov leta 2004) in zavarovalne premije za prostovoljno zavarovanje (13% celotnih izdatkov) pomenijo finančno breme za skupine z nizkimi dohodki. Zato hočejo določiti paket osnovne oskrbe, za katerega ne bo nobenih doplačil. Nekatere storitve so usmerjene k najbolj ogroženim skupinam prebivalstva (na primer novorojenčki, otroci). Ocenjuje se, da lahko splošno pomanjkanje zdravnikov zdravstvene dejavnosti na primarni ravni (16,3 na 100 000 prebivalcev) povzroči težave za takšen sistem, medtem ko obstajajo regionalne razlike na področju specialistične ambulantne oskrbe, ker so usposobljeno osebje in ustanove zgoščeni v glavnih urbanih središčih. Organi oblasti so tako določili regionalne cilje za osebje in načrtujejo dodatne spodbude za delo osebja na območjih s primanjkljajem. Prav tako so zaskrbljeni, da so čakalne dobe, čeprav se zmanjšujejo, za nekatere rutinske postopke zelo dolge, kar povzroča nezadovoljstvo javnosti. Poročilo navaja, da čakalne dobe nastajajo zaradi: a) omejenih sredstev, ki se ne dodeljuje na podlagi potreb in b) staranja prebivalstva, kar povzroča večje potrebe od zmožnosti. Cilj dodatnih finančnih sredstev in dodatnih plačil osebju, zlasti tam, kjer so čakalne dobe dolge, je zato povečati učinkovitost in skrajšati čakanja.

Kakovost: da bi izboljšali kakovost, organi oblasti uvajajo standarde, zdravstvene smernice in zdravstvene poti. Zakonodaja EU je bila uveljavljena v zvezi nadzorom kakovosti, registracijo in prodajo zdravil. Kot navaja poročilo, je poleg proste izbire zdravnika zdravstvene dejavnosti na primarni ravni (čeprav izbira traja eno leto) možna tudi prosta izbira bolnišnice ali specialistične bolnišnice po napotitvi. Pripravlja se sprejetje zakona o pravicah pacientov. Uporabnik storitev so zastopani v skupščini ZZZS in sodelujejo pri upravljanju zdravstvenih ustanov. Organi oblasti pričakujejo, da bo sodelovanje uporabnikov dvignilo ozaveščenost glede finančnih vprašanj in prispevalo k vzdržnosti sistema. Slovenija razvija obsežno infrastrukturo na področju informacijskih in komunikacijskih tehnologij ter zdravstva (elektronska izmenjava podatkov, sistem kartice zdravstvenega zavarovanja s podatki o pacientu, elektronske prijave za zavarovanje, svetovanje in komunikacija med udeleženci na tem področju), s čimer se bodo zagotovile informacije za oblikovanje politike in storitve približale uporabnikom in izvajalcem. Organi oblasti se predvsem osredotočajo na okrepitev brezplačnih preventivnih storitev (pregledi na vsakih pet let, svetovanje o boleznih srca in ožilja, odkrivanje raka na materničnem vratu in dojki, cepljenje in preventivno pregledovanje novorojenčkov, otrok in žensk).

Dolgoročna vzdržnost: celotni izdatki za zdravstvo (8,7% BDP in 1 760 USD po pariteti kupne moči leta 2004) so na ravni povprečja BDP[100] EU. Stroški so postopno rastli. Izdatki za javno zdravje znašajo 77,2% vseh zdravstvenih izdatkov in, čeprav so v primerjavi z EU sorazmerno visoki, so zabeležili znatno zmanjšanje s 100% leta 1990. To zmanjšanje se je izravnalo z zasebnim prostovoljnim zavarovanjem in doplačili za storitve (za dodatna sredstva in nadzor zahtev po nepotrebnih storitvah). Organi oblasti so ugotovili, da staranje prebivalstva in naraščajoči izdatki za zdravila povzročajo finančni pritisk. Napovedi OEP/ES glede staranja prebivalstva predvidevajo povečevanje javnih izdatkov za 1,6 odstotne točke BDP do leta 2050. Poleg tega poročilo poudarja, da bi lahko trenutno izogibanje plačevanja prispevkov škodovalo financiranju sektorja, ob tem, da nekatere skupine (na primer samozaposleni) ne odvajajo zadostnega deleža svojih dohodkov (16 % manj, kot bi morali). Da bi odpravili te pomanjkljivosti in okrepili solidarnost sistema, organi oblasti načrtujejo spremembe zakona, ki ureja zdravstveno zavarovanje. Na podlagi poročila ukrepi za izboljšanje učinkovitosti vključujejo: izboljšanje sistema napotitev ter preusmerjanje sredstev in odgovornosti k zdravstvenim dejavnostim na primarni ravni in ambulantni specialistični oskrbi, nadaljnje zmanjševanje akutnih bolnišničnih postelj in zvišanje stopnje zasedenosti, nadaljnje povečanje uporabe ambulantne kirurgije v primerjavi z bolnišnično oskrbo ter skrajševanje dolžine hospitalizacij. Poleg tega mora uvedba novih zdravstvenih posegov temeljiti na dokazani medicini. Kar zadeva osebje, je bilo ugotovljeno pomanjkanje zdravnikov in medicinskih sester zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, zato se načrtuje dodatno poklicno usposabljanje. Še bolj se poudarja programe spodbujanja, vključno s kampanjami ozaveščanja o svetovnih dnevih (gibanje, tobak, samomor, dojenje, aids in duševno zdravje), in sicer v sodelovanju z različnimi ravnmi vlade in nevladnimiorganizacijami.

5.2 Dolgotrajna oskrba

Opis sistema: dolgotrajna oskrba vključuje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni in patronažno varstvo (splošni zdravniki in medicinske sestre), institucionalno zdravstveno oskrbo, ki se izvaja v bolnišničnih negovalnih oddelkih in neakutnih oddelkih, pomoč na domu, oskrbo v oskrbovanih stanovanjih, domove za ostarele in invalide ter široko razširjeno mrežo zdraviliščne oskrbe, ki zagotavlja fizioterapijo in rehabilitacijske storitve. Osebe, ki potrebujejo oskrbo dobivajo tudi denarne prejemke, s katerimi si lahko zagotavljajo neformalne oblike oskrbe. Storitve se delno financirajo iz davkov, delno pa iz prispevkov za socialno zavarovanje ter doplačil, vendar pa naj bi se uvedla nova oblika obveznega zdravstvenega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Dostopnost: država krije stroške tistim, ki so nezmožni plačati storitve. Organi oblasti širijo zmogljivost mreže (z večanjem števila izvajalcev) in se osredotočajo na storitve na domu in storitve na ravni lokalne skupnosti. Možnosti vključujejo pomoč na domu, mobilno pomoč, varstvo v dnevnih centrih, oskrbo v drugi družini, oskrbo v oskrbovanih stanovanjih in neakutno hospitalizacijo v vseh bolnišnicah za prenos pacientov z akutne oskrbe na lokalno raven ali na dom. Pričakuje se, da bo boljša koordinacija (prek koordinacijskih služb) med storitvami, zagotovljenimi na lokalni in regionalni ravni, omogočila boljši in hitrejši dostop do storitev ter dvignila kakovost. Raven dostopa do paliativne oskrbe je nizka, ker to oskrbo zagotavljajo samo prostovoljne organizacije.

Kakovost: poročilo navaja, da se na tem področju uporablja nacionalna politika kakovosti.

---

[100] 8,87 % BDP in 2 376,33 USD po pariteti kupne moči leta 2004.

Dolgoročna vzdržnost: napovedi OEP/ES glede staranja prebivalstva predvidevajo povečanje javnih izdatkov za 1,2 odstotne točke BDP do leta 2050. Kot je bilo izpostavljeno v poročilu, se bodo prek obveznega zdravstvenega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo iskala nova finančna sredstva. Organi oblasti poudarjajo potrebo po dovolj usposobljenem osebju na področju geriatrične oskrbe, gerontologije, psihiatrije, paliativne oskrbe, obveščanja in koordinacije. Načrtujejo se številni programi spodbujanja (prehrana, gibanje, socialni stiki).

6. Izzivi v prihodnosti

- Krepiti aktivno vključevanje ljudi, ki so odvisni od socialne pomoči, zlasti dolgotrajno brezposelnih mladih ljudi, z zagotavljanjem spremljevalnih ukrepov in primernih dohodkov, da se tiste osebe, ki se najtežje vključijo na trg dela, ne potisnejo še bolj na obrobje. Razlike med spoloma in regionalne razlike je treba v tem smislu sistematično upoštevati.

- Z vsemi zainteresiranimi stranmi začeti poglobljeno analizo obsega in narave diskriminacij ter strategijo ustrezno prilagoditi.

- Obravnavati finančno vzdržnost in zagotoviti ustreznost pokojnin, zlasti z izboljšanjem pokojninske reforme in s sprejetjem dodatnih ukrepov za povečanje stopnje zaposlenosti starejših delavcev.

- Za razširitev pokritosti povečati število osebja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni in okrepiti zagotavljanje dolgotrajne oskrbe.

- Izboljšati učinkovitost (zlasti z večjo usmeritvijo k zdravstveni dejavnosti na primarni ravni in ambulantni kirurgiji) ter zdravje z osredotočenjem na spodbujanju in krepitvi brezplačnih preventivnih storitev.

Slovenia: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	4.1	72.7
2002	3.5	74.5
2004	4.4	79.9
2006	4.8f	83.6f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	62.8	67.2	58.4	32.8	22.7
2002	63.4	68.2	58.6	30.6	24.5
2004	65.3	70.0	60.5	33.8	29.0
2005	66.0	70.4	61.3	34.1	30.7

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	6.7	6.5	7.0	16.3
2002	6.3	5.9	6.8	16.5
2004	6.3	5.8	6.8	16.1
2005	6.5	6.1	7.0	15.9

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU2 5 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	70.3	77.8	13.5	17.1	n.a.	n.a.	5.5
2000	72.3	79.7	14.2	18.5	n.a.	n.a.	4.9
2004	73.7sp	80.6sp	14.9sp	19sp	n.a.	n.a.	3.7

WHO	Total health exp. %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop
1995	7.8	89.7	:	:	:
2000	8.6	77.7	8.6	:	:
2004	8.7	77.2	9.8	:	:

s: Eurostat estimate; p: provisional

*THE: Total health expenditure

**PHI: Private health insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old-age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2000	24.9	45.2	30.7	4.3	9.2	1.6	9
2004	24.3	44.7	32.7	3.1	8.6	2.8	8.1

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since 2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	21.7	24.2	11	6.4	0.9
2010	23.6	-0.2	:	:	:
2030	40.4	4.4	3.4	1.2	0.5
2050	55.6	9.6	7.3	1.6	1.2

Slovenia: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	12bp	12bp	12bp	10bp	20bp	19bp	17bp	20bp	19bp	20bp	**Total**	3.4bp
Male	11bp	-	10bp	10bp	11bp	20bp	-	21bp	22bp	17bp	**Male**	-
Female	14bp	-	14bp	10bp	26bp	19bp	-	19bp	17bp	20bp	**Female**	-

	People living in jobless households					Long-term unemployment rate				Early school-leavers			
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24			
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female			Total	Male	Female
1999	4.1	9.6	8.7	10.5	**1999**	3.3	3.5	3.1		**1999**	na	na	na
2004	3.8	7.5	7.0	8.0	**2004**	3.2	3.1	3.4		**2004**	4.2u	5.8u	2.6u
2006	3.6	7.2	6.6	7.8	**2005**	3.1	2.9	3.3		**2005**	4.3u	5.7u	2.8u

** excluding students; b: break in series; p: provisional* *u: unreliable*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.865bp	0.943bp	0.804bp	***Aggregate replacement ratio***	0.424bp	0.515bp	0.376bp

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*				
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)		Contribution rates		
								Statutory pensions (or social security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Current estimate (2002)	Assumption
-22	-25	-25	DB	/	/	100	/	24.35	/	/

** (DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

SLOVENSKO

1. Situácia a kľúčové trendy

Slovensko pokračovalo vo svojom pozitívnom trende vysokej miery rastu HDP; štvrtej najvyššej v EÚ na úrovni 6,1 % v roku 2005 (predpoveď na rok 2006 je 6,7 %). HDP na osobu však ostalo na 55 % priemeru EÚ, pričom v roku 2006 sa predpokladá 59,4 %. Silný rast sa len čiastočne odrazil v lepšej výkonnosti na trhu práce v roku 2005, s rastom celkovej zamestnanosti o 0,7 percentuálneho bodu na 57,7 %. Miera zamestnanosti mladých ľudí (15–24 rokov) vo výške 25,6 % ako aj starších ľudí (55–64 rokov) vo výške 30,3 % v roku 2005 patria k najnižším v EÚ. Zatiaľ čo však zamestnanosť mladých od roku 2000 (29 %) sústavne klesá, zamestnanosť starších pracovníkov stabilne rastie z 21,3 % v roku 2000. Miera nezamestnanosti sa od roku 2000 znížila o 2,5 percentuálneho bodu na 16,3 %, je však naďalej druhou najvyššou v EÚ, pričom ide najmä o mladých ľudí, u ktorých dosahuje úroveň 30,1 %. Miera aktivity obyvateľstva vo veku 15–64 bola počas rokov 1998–2005 takmer stabilná, v roku 2005 dosahovala v rámci celého obyvateľstva výšku 68,9 % (76,5 u mužov a 61,5 u žien), pričom v EÚ-25 dosahoval 70,2 %). Výrazné regionálne rozdiely v zamestnanosti pretrvávajú (celková zaznamenaná nezamestnanosť dosiahla 9 %, v najslabšom regióne bola však na úrovni vyše 28 %).

Miera ľudí ohrozených chudobou[101] dosahovala po sociálnych transferoch 13 %[102] v roku 2004, s vyšším rizikom u detí, ktoré bolo na úrovni 19 %. Naopak, ľudia nad 65 rokov čelili podstatne nižšiemu riziku na úrovni 7 %. Dĺžka života v roku 2004 narástla o takmer 2 roky od roku 1995 na 70,3 roka u mužov a 78,0 roka u žien, napriek tomu je pod priemerom EU[103]. Trend v miere pôrodnosti je od roku 2002 mierne pozitívny, keď v uvedenom roku dosiahla najnižšiu zaznamenanú mieru 1,18 (v roku 2004: 1,25). Detská úmrtnosť (6,8 v roku 2004) je treťou najvyššou v EÚ[104], aj keď sa výrazne v priebehu rokov zlepšila (28,6 v roku 1960 a 11,0 v roku 1995). Perinatálna úmrtnosť je vysoká (7,6 v roku 2003), ale od roku 1960 (21) má stále klesajúcu tendenciu. Súčasný a predpokladaný podiel obyvateľstva v dôchodkovom veku nad 65 rokov je výrazne pod priemerom EÚ: predpokladá sa, že rýchlo narastie zo súčasných 16,3 % na 28 % v roku 2025 a 50,6 % v roku 2050 (tesne pod priemerom EÚ-25, kde tvorí 52 %). Celkové hrubé výdavky v rámci sociálnej ochrany v roku 2004 mierne poklesli v porovnaní s rokom 2000 (o 2,1 percentuálneho bodu) a predstavovali 17,2 % HDP (priemer EÚ: 27,3 %). Zdravotníctvo a dôchodky tvorili hlavné výdavky v roku 2004 (30,1 % a 40,1%), pričom sociálne začlenenie o niečo zaostávalo (29,8 %).

2. Celkový strategický prístup

Hlavné strategické odkazy označené Slovenskom a uvedené v predloženej Národnej správe o stratégii na roky 2006–2008 sa opisujú ako 1) zabezpečenie finančnej udržateľnosti, primeranosti a dostupnosti sociálnych ochranných systémov a politík sociálneho začlenenia s posilnenou zásadou solidarity, 2) zabezpečenie integrovaného viacrozmerného prístupu na

---

101 Podľa implementácie EU-SILC v roku 2005 hodnoty všetkých ukazovateľov v súvislosti s príjmom a životnými podmienkami (miery rizika chudoby, S80/S20, úhrnný podiel náhrady, atď.) sa nemôže porovnávať s odhadmi predloženými v predchádzajúcich rokoch, medziročné rozdiely, ktoré sa uvádzajú, preto nie sú podstatné. Počas prechodu do novej EÚ harmonizovaný a porovnateľný zdroj SILC (pozri metodickú poznámku) tieto odhady boli extrapolácie založené na národnom mikrosčítacom prieskume, ktorý nebol úplne kompatibilný s metodikou SILC založenou na podrobných vstupných údajoch.

102 Priemer EÚ bol v roku 2005 vo výške 16 %.

103 Priemer EÚ v roku 2004 bol 75,8 a 81,9 roka pre mužov a ženy.

104 Priemer v EÚ v roku 2004 bol 4,5.

vyrovnanie sa s chudobou a sociálnou vylúčenosťou založeného na prevencii, aktívnom zaraďovaní a vytváraní podmienok pre dôstojný život, a 3) zlepšenie riadenia, implementácie a sledovania politických opatrení na štátnej, regionálnej a miestnej úrovni a posilnenie rozvoja ľudských zdrojov.

V oblasti sociálnej súdržnosti sa budú uplatňovať zásady aktivácie a ochrany, s dôrazom na prevenciu a účinnú sociálnu pomoc s cieľom dosiahnuť jej ciele. V oblasti zdravotnej starostlivosti sa bude dodržiavať zásada solidarity[105]. Zavedenie dobrovoľnej alternatívy a zabezpečenie finančnej stability budú prioritami dôchodkového systému. Národná strategická správa je v zásade v súlade s lisabonskou stratégiou a s národným programom reforiem. Systémy sociálnej ochrany a sociálneho začlenenia sa v ostatných rokoch prepájajú s opatreniami na zvýšenie zamestnanosti. Cieľ riadenia sa bude uskutočňovať najmä vytváraním partnerstiev na horizontálnej a vertikálnej úrovni, rozvojom ľudských zdrojov a orientovaním sa na sociálne začlenenie.

Aktivity na zníženie chudoby detí a medzigeneračného prenosu chudoby sú dobrými príkladmi súčinnosti medzi sociálnou politikou a politikou zamestnanosti. Deti z nízkopríjmových rodín sú motivované navštevovať školu pomocou školských grantov a sociálnych štipendií, od predškolského vzdelávania po univerzitné udeľovaním príspevkov na deti, platenia školských výdavkov, finančnými bonusmi atď.

Slovenská vláda prosadzuje rodovú rovnosť ako podstatný prvok prístupu k riešeniu sociálneho vylúčenia. V ostatných rokoch sa začali prijímať právne predpisy, pokiaľ ide o rodovú rovnosť; je však stále potrebné regulovať mechanizmy na ich implementáciu vrátane pravidelného monitorovania a zriadenia inštitucionálnych štruktúr.

3. Sociálne začlenenie

3.1 Kľúčové trendy

Miera rizika chudoby mužov a žien vo všetkých vekových skupinách bola v roku 2004 takmer rovnaká, okrem dospelých ľudí nad 65 rokov, v ktorej bolo ohrozených 10 % žien v porovnaní s 3 % mužov.

Percento dospelých, ktorí žijú v domácnosti nezamestnaných, počas uplynulých rokov mierne pokleslo a v roku 2006 dosiahlo úroveň 9,6 % (priemer EÚ je 9,8 %). V domácnostiach nezamestnaných však žije väčšie percento detí (v roku 2006 to bolo 11,8 % v porovnaní s 9,5 % v EÚ).

Miera nezamestnanosti mládeže (15–24 rokov), ktorá v roku 2000 výrazne narástla (na 36,9 % v porovnaní s 25,3 % v roku 1998), v roku 2005 klesla a dosiahla 30,1 % (priemer EÚ-25: 18 %). Miera nezamestnanosti u mladých mužov býva zvyčajne vyššia ako u žien.

V súvislosti s osobami, ktoré predčasne ukončili školskú dochádzku (18–24 rokov), patrí Slovensko medzi najúspešnejšie členské štáty. Ich miera sa v roku 2005 opäť znížila a dosiahla úroveň 5,8 % (priemer EÚ: 15,2 %). Počas ostatných troch rokov dosahovalo celoživotné vzdelávanie na Slovensku približne polovicu priemeru EÚ (Slovensko: 4,8 %, 4,6 % a 5,0 %).

---

[105] Zabezpečenie účinného fungovania, dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti pre všetkých obyvateľov s dodržaním ich hospodársky a sociálne udržateľnej finančnej účasti vo vybraných typoch zdravotnej starostlivosti.

Rozdiel v odmeňovaní mužov a žien je osobitým problémom na Slovensku (v roku 2004 to bolo 24 % v porovnaní s 15 % priemeru EÚ), ktoré v roku 2004 patrilo medzi tri krajiny s najväčšími rozdielmi.

3.2 Kľúčové úlohy a priority

V národnom akčnom pláne sociálneho začlenenia sa rozvíjajú zásady a opatrenia ustanovené v národnom programe reforiem na roky 2006–2008 a to najmä tie, ktoré sa spájajú s trhom práce a spoločnosťou podporujúcou sociálne začlenenie. Plán sa má stať strategickým dokumentom zastrešujúcim oblasť sociálneho začlenenia, v ktorom sa ustanovujú hlavné ciele a odrážajú sa dlhodobé vízie. Slovensko si v národnej správe stanovilo za svoje štyri hlavné politické ciele (1) zníženie detskej chudoby a medzigeneračného prenosu chudoby, (2) zvýšenie sociálneho začlenenia a boj proti diskriminácii zraniteľných skupín prostredníctvom verejných služieb, miestnych riešení a zvýšenej účasti vylúčených skupín, (3) zlepšenie prístupu na trh práce a zvýšenie zamestnanosti a zamestnateľnosti zraniteľných skupín a (4) posilnenie riadenia, implementácie a monitorovania politických opatrení.

Ako sa zdôrazňuje v spoločnej správe o sociálnej ochrane a sociálnom začlenení na rok 2006, medzi hlavné úlohy, pred ktorými Slovensko stojí, patrí zvýšenie miery celkovej zamestnanosti a najmä zamestnanosti staršieho obyvateľstva, monitorovanie a hodnotenie vplyvu a vykonávania reforiem v súvislosti so zraniteľnými skupinami vrátane Rómov, a riešenie problematiky nedostatku bytov. Pri riešení všetkých troch problémov Slovensko čiastočne uspelo: (1) miera celkovej zamestnanosti mierne stúpla z 57 % v roku 2004 na 57,7 % v roku 2005, zatiaľ čo zamestnanosť staršieho obyvateľstva zaznamenala výraznejší nárast z 26,8 % v roku 2004 na 30,3 % v roku 2005, (2) v regiónoch sa budú zavádzať nové, flexibilné, služby podľa konkrétnych potrieb a opatrenia na základe monitorovania a hodnotenia (sociálne služby, sociálnoprávna ochrana a sociálna kuratela), hoci problémom zostáva nedostatok podrobných štatistických údajov a (3) národný akčný plán si dáva za cieľ zvýšiť dostupnosť bývania pre zraniteľné skupiny obyvateľstva prostredníctvom Štátneho fondu rozvoja bývania a iných opatrení, i keď komplexný prístup v tejto otázke ešte stále chýba.

Národný akčný plán nadväzuje aj na národný strategický referenčný rámec a operačné programy pripravené na nové programové obdobie 2007–2013 a na ich zlučiteľnosť so zámermi, cieľmi a prioritami stanovenými v národnej stratégii. Reálny odkaz na sumy a príspevky zo štrukturálnych fondov alebo Európskeho sociálneho fondu sa však uviedol až neskôr v návrhu národného strategického referenčného rámca.

3.3 Politické opatrenia

Všetky priority, okrem poslednej, sa zameriavajú predovšetkým na zraniteľné skupiny obyvateľstva. Zdá sa, že vo vzťahu k presadzovaným politickým prioritám sú uplatňované opatrenia a čiastočne aj ciele vo všeobecnosti uskutočniteľné a primerané. Slovensko považuje rodovú rovnosť za významný prvok riešenia problematiky sociálneho vylúčenia, je však potrebné zaviesť nové a účinnejšie mechanizmy implementácie právnych predpisov týkajúcich sa rodovej rovnosti. Ciele týkajúce sa budovania kapacít a zlepšenia miestneho rozvoja a rozvoja komunít sa považujú za jadro stratégie Slovenska.

3.3.1. Zníženie detskej chudoby a riešenie medzigeneračného prenosu chudoby pomocou preventívnych opatrení a podporovaním rodín s deťmi

Za jeden z kľúčových nástrojov boja proti medzigeneračnej chudobe vláda považuje politiku vzdelávania a zabezpečenie rovnosti príležitostí v prístupe ku kvalitnému vzdelaniu aj pomocou podporných opatrení, ktoré sa začínajú pri predškolskej výchove. Nový školský zákon o výchove a vzdelávaní by mal byť pripravený do roku 2007. Systémové zmeny, zvýšenie úrovne podpory a zmena jej štruktúry v systéme štátnych sociálnych dávok by sa mali uskutočniť v rokoch 2006 a 2007 s cieľom zvýšiť solidaritu s rodinami s deťmi. Štruktúra životného minima sa bude prehodnocovať, aby lepšie zodpovedala skutočným základným životným potrebám. Slovensko sa chce sústrediť na zlepšenie implementácie novej právnej úpravy o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele s dôrazom na prevenciu a súbor opatrení. Slovensko si uvedomuje, že je potrebné vykonávať intenzívnu sociálnu prácu v prostredí biologickej rodiny a poskytovať rodinám lepšie a rozšírené verejné služby.

3.3.2. Zvýšenie sociálneho začlenenia a boj proti diskriminácii zraniteľných skupín obyvateľstva podporou dostupnosti verejných služieb, rozvojom miestnych riešení a zvýšením účasti vylúčených skupín na živote spoločnosti

Kľúčovým nástrojom Slovenska pri riešení tejto priority je zlepšenie dostupnosti a kvality, modernizácia a väčšia variabilita poskytovaných sociálnych služieb (sociálnoprávna ochrana a sociálna kuratela, sociálna práca v teréne, práca v komunite a iné integračné činnosti) a opatrení týkajúcich sa sociálnej a právnej ochrany detí a sociálnej kurately. Prostredníctvom Národného akčného plánu sa má oveľa výraznejšie investovať do tejto oblasti, a to aj prostredníctvom prijatia primeraných súvisiacich operačných programov štrukturálnych fondov v novom programovom období. V roku 2007 by sa mal pripraviť nový zákon o sociálnych službách s cieľom vytvoriť podmienky pre rozvoj práce v komunitách a zlepšiť poskytovanie sociálnych služieb. Niektoré z opatrení na zvýšenie dostupnosti bývania a výstavby bytov pre nízkopríjmové zraniteľné skupiny obyvateľstva sa už prijali. Systém bezplatnej právnej pomoci a podpora prístupu k zdravotnej starostlivosti sa zachovajú. Integračný proces posilnia kultúrne mechanizmy, opatrenia týkajúce sa informačnej spoločnosti a začlenenie do elektronickej komunikácie, a nakoniec aj systematické činnosti, ktoré majú predchádzať akýmkoľvek formám diskriminácie, rasizmu, xenofóbie, antisemitizmu a ostaným prejavom neznášanlivosti.

3.3.3. Zlepšenie prístupu na trh práce a zvýšenie zamestnanosti a zamestnateľnosti tých skupín obyvateľstva, ktoré sú vystavené riziku sociálneho vylúčenia

Kľúčovými uplatňovanými opatreniami budú podpora integrácie znevýhodnených skupín a vytváranie rovnakých príležitostí v prístupe na trh práce, najmä pre marginalizované rómske komunity. Napriek tomu, že doposiaľ vykonávané opatrenia sa ukázali ako účinné, pokiaľ ide o krátkodobo nezamestnaných, v budúcnosti sa Slovensko zameria najmä na zraniteľné skupiny, čo znamená, že bude potrebné prostredníctvom štrukturálnych fondov a predovšetkým Európskeho sociálneho fondu poskytovať intenzívnejšiu pomoc zaostávajúcim regiónom, aby sa znížili regionálne rozdiely a zvýšila sa tvorba pracovných miest. Slovensko sa zameria na existujúce nástroje podpory zamestnanosti a bude ich ďalej rozvíjať. Medzi kľúčové ciele patrí zníženie dlhodobej nezamestnanosti, nezamestnanosti mládeže a zvýšenie podielu ľudí so zdravotným postihnutím na celkovej zamestnanosti.

3.3.4. Posilnenie riadenia, implementácie a monitorovania politických opatrení prijatých na vnútroštátnej, regionálnej a miestnej úrovni

Úsilie o komplexný a efektívny prístup pri tvorbe politík a opatrení sociálneho začlenenia sa bude naďalej posilňovať prostredníctvom koordinácie pri tvorbe politík v rámci jednotlivých inštitúcií, medzirezortnej spolupráce a spolupráce na vertikálnej úrovni, ako aj v rámci prioritných činností. Mimovládny sektor bude v tejto oblasti zohrávať dôležitú úlohu vrátane zvyšovania povedomia o problematike chudoby a sociálneho začlenenia. Budú sa vytvárať rôzne druhy partnerstva pre potreby politík začlenenia vrátane lokálnych partnerstiev sociálneho začlenenia s akčnými plánmi sociálneho začlenenia v rámci Fondu sociálneho rozvoja. Operačná priorita sa má vzťahovať na budovanie kapacít a zlepšenie kvality verejnej správy a neziskových organizácií v oblasti riadenia a vytvárania politík začlenenia, budovania partnerstiev a sietí. Až donedávna bolo získavanie kvalitných a spoľahlivých sociálnych štatistík slabým miestom vytvárania, implementácie a hodnotenia politík a opatrení. Zhromažďovanie údajov a vytváranie ukazovateľov na regionálnej a miestnej úrovni je stále problematické.

3.4 Riadenie

Na prípravu Národnej správy o stratégiách sociálnej ochrany a sociálneho začlenenia na obdobie rokov 2006–2008 bola vytvorená pracovná skupina. Súčasťou konzultačného procesu bol seminár organizovaný Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny, ktorého zámerom bolo iniciovať diskusiu a získať nové konkrétne návrhy a odporúčania od zainteresovaných osôb z radov verejných a štátnych inštitúcií a mimovládnych organizácií.

Zriadi sa Výbor ministrov pre deti a mládež, Rada vlády pre seniorov a inštitucionálne štruktúry a systémy monitorovania uplatňovania rodového hľadiska s cieľom koordinovať a vybudovať efektívnejší systém ochrany práv uvedených skupín.

Opatrenia na implementáciu, monitorovanie a hodnotenie tej časti správy, ktorá sa zaoberá sociálnym začlenením, sa však podrobne nepopisujú. V správe sa stanovili kvantifikovateľné ciele, ukazovatele, finančné zdroje a inštitúcie zodpovedné za monitorovanie a riadenie priorít, výška finančných zdrojov určených na priority alebo kľúčové ciele však nie sú uvedené.

4. Dôchodky

V roku 2004 dosahovala relatívna životná úroveň starších ľudí približne 85 % úrovne obyvateľstva pod 65 rokov. Riziko chudoby vekovej skupiny nad 65 rokov je nízke, v roku 2004 to bolo 7 % (3 % u mužov a 10 % u žien) a je podstatne nižšie ako u vekovej skupiny pod 65 rokov.

Predpokladaný nárast v oblasti vekovo podmienených nákladov je na Slovensku nižší, ako je priemer EÚ, pri raste o 2,9 percentuálneho bodu HDP v období rokmov 2004–2050. Očakáva sa, že nárast výdavkov na dôchodky bude relatívne obmedzený, v dôsledku dôchodkovej reformy sa bude zvyšovať o 1,8 percentuálneho bodu HDP. Podľa výpočtov budú náhradné sadzby zákonného systému pre pracovníkov s odchodom do dôchodku vo veku 65 rokov po 40 rokoch s priemerným zárobkom počas nasledovných desaťročí naďalej stabilné, s mierou netto mierne rastúcou zo svojej súčasnej úrovne 63 % na 64 % v roku 2050 a celkovou hrubou mierou zo 49 % na 50% v roku 2050.

V správe z roku 2006 sa zdôraznila rozsiahla reforma, ktorou prešiel slovenský dôchodkový systém a označili sa kľúčové úlohy, ktoré stoja pred zreformovaným systémom, pričom hlavnou výzvou je zlepšenie úrovne celkovej zamestnanosti, najmä zamestnanosti starších pracovníkov.

V v reformách v roku 2005 sa rozdelil zákonný systém starobných dôchodkov na priebežne financovanú líniu a na líniu súkromného financovania dôchodkov. Zavedenie tejto druhej línie zapríčiňuje výrazné zníženie výnosov z príspevkov a vytvára veľký deficit vo financovaní verejného priebežného systému, a tak takisto obmedzuje rámec na zvyšovanie súčasných dôchodkov. Slovenská vláda nedávno novelizovala právne predpisy, aby zabránila jednotlivcom stále meniť poskytovateľov dôchodkového sporenia v rámci tohto systému. Dobrovoľný doplnkový systém sporenia na dôchodok pozostáva z rozličných fondov sporenia, ktoré riadia špecializovaní dôchodkoví manažéri a podporujú zamestnávatelia. Ľudia sú takisto podporovaní, aby využívali aj iné produkty súvisiace s dôchodkom a odpočítateľné z dane od iných finančných inštitúcií.

Kľúčovou úlohou pre Slovenskú republiku je zvýšiť mieru zamestnanosti vo všeobecnosti, a najmä mieru zamestnanosti starších pracovníkov, a znížiť nezamestnanosť, čo by posilnilo príspevkovú základňu a zároveň umožnilo ľuďom získavať doplnkové dôchodkové práva. Nový systém takisto zavádza silné prepojenie medzi osobnými príspevkami do systému a dávkami, čo by mohlo v budúcnosti viesť k otázkam primeranosti pre zárobkovo nižšie skupiny a pre ľudí, ktorí mali prestávky v kariére, najmä pre ženy.

5. Zdravotná a dlhodobá starostlivosť

5.1. Zdravotná starostlivosť

Opis systému: Systém povinného zdravotného poistenia s početnými (momentálne neziskovými, ale v budúcnosti komerčnými) spoločnosťami zdravotného poistenia, ktoré pôsobia ako platitelia starostlivosti, poskytuje jednotné komplexné pokrytie všetkým obyvateľom. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je decentralizované a zakladá sa na zmiešanom verejnom a súkromnom princípe. Poskytovatelia služieb fungujú na základe dohôd uzavretých so zdravotnými poisťovňami. Primárna zdravotná starostlivosť (PZS) sa poskytuje prostredníctvom všeobecných praktických lekárov (VPL), gynekológov-pôrodníkov a zubných lekárov, pracujúcich väčšinou nezávisle na základe dohôd o zdravotnom poistení. Špecializovaná a nemocničná starostlivosť sa vykonáva v poliklinikách, zdravotníckych strediskách a nemocniciach. Niektoré špecializované zariadenia ambulantnej starostlivosti sú takisto súkromné. Väčšina nemocníc a polikliník sa decentralizovala a prešla pod samosprávu. Reforma v roku 2004 viedla k privatizácii štátnych nemocníc a iných zariadení na neziskové akciové spoločnosti. VPL sú platení podľa počtu pacientov plus poplatok za služby v oblasti prevencie. Špecialisti a lekári lôžkovej starostlivosti sú väčšinou platení zamestnanci, aj keď dostávajú poplatok za služby v súkromnej sfére. VPL teraz zohrávajú úlohu sprostredkovateľa špecializovanej starostlivosti , aj keď majú k nej pacienti aj priamy prístup . Systém sociálneho poistenia je financovaný najmä z poistných príspevkov a príspevkov za určité skupiny. Spoluúčasť na platbách existuje pre prakticky všetky služby. Dobrovoľné zdravotné poistenie hrá obmedzenú, ale rastúcu úlohu a bežné sú neoficiálne platby. Systém poistenia a poskytovania starostlivosti je regulovaný Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). Komplexný súbor reforiem šiestich zásadných zákonov zavedených v roku 2004 sa zameriava na zabezpečenie univerzálnej účasti, solidarity a rovnosti prístupu (najmä pomocou sociálneho poistenia a stanovenia minimálneho príspevku a základných služieb zdravotnej starostlivosti), pri zlepšovaní účinnosti poskytovania služieb

prostredníctvom privatizácie a decentralizácie poskytovania. Zdôrazňuje takisto kontrolnú úlohu štátu a jeho úlohu pri dohľade a zabezpečení finančnej udržateľnosti (najmä pomocou explicitného prideľovania a prioritizácie liečby). V správe sa zdôrazňuje, že udržanie kvality a dostupnosti v rámci obmedzených finančných zdrojov si vyžaduje reštrukturalizáciu siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Dostupnosť: Minimálna verejná sieť poskytovateľov je stanovená zákonom. Napriek tomu je dôležitou otázkou nerovnosť v dostupnosti pre niektoré zraniteľné skupiny (nízkopríjmové domácnosti, rómske komunity). Pacienti si slobodne môžu vybrať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale vybraní poskytovatelia v určitých prípadoch môžu odmietnuť pacientov. Rastúce „platby z vlastného vrecka" (12 % celkových výdavkov v oblasti zdravotnej starostlivosti v roku 2004) sú takisto dôvodom na obavy, aj keď je podiel súkromných výdavkov jedným z najnižších v EÚ. Neoficiálne platby sú takisto vysoké, ale údaje sú nejasné. Úrady určili súbor plne hradených lekárskych služieb v súvislosti s prioritnými chorobami („balík solidarity" s rastúcim podielom príspevkov na preventívne vyšetrenia) a určili rámec spoluúčasti na platbách. Od spoluúčasti na platbách sú oslobodení ľudia v hmotnej núdzi, deti do šiestich rokov, darcovia krvi, mentálne postihnutí a pacienti v dlhodobej starostlivosti. Príslušné orgány očakávajú, že sa podstatne rozvinie doplnkové poistenie, a tým sa zníži bremeno priamych platieb. Prístup k starostlivosti je vo vidieckych oblastiach obmedzenejší ako v mestách, a to z dôvodu regionálnej nerovnosti. Na zlepšenie regionálnej dostupnosti preto vláda plánuje zmodernizovať miestnu infraštruktúru služieb súvisiacich so zdravím a dopravné siete. Úrady takisto plánujú zriadiť sieť záchrannej služby, ktorá sa dostane k pacientovi do 15 minút.

Kvalita: Všetci poskytovatelia ambulantných a lôžkových služieb sú zaviazaní zákonom vytvárať, udržiavať a zlepšovať kvalitné systémy istoty, čo im výslovne dáva zodpovednosť za kvalitu a účinnosť poskytovaných služieb. Zákonodarca žiadal, aby všetky zdravotné poisťovne ohodnotili kvalitu poskytovateľov služieb zdravotnej starostlivosti podľa špecifických ukazovateľov kvality, ktoré každoročne navrhuje Ministerstvo zdravotníctva. Od roku 2004 schvaľuje a dohliada nad spoločnosťami zdravotného poistenia ÚDZS. Tento úrad je takisto zodpovedný za rámec a kvalitu lekárskych služieb platených v rámci „balíka solidarity". Súkromné zdravotné posťovne musia byť schválené a musí nad nimi dohliadať Úrad pre dohľad nad finančným trhom. Pacienti si môžu slobodne vybrať zdravotnú poisťovňu a meniť ju raz ročne. Modernizácia zariadení zdravotnej starostlivosti, rozvoj pokrokových technológií, informatizácia nemocníc a elektronické zdravotníctvo sú priority označené úradmi na ďalšie desaťročie, a tieto by mali byť spolufinancované z Európskeho sociálneho fondu. V správe sa zdôrazňuje význam niektorých existujúcich preventívnych programov (program onkológie, program kardiovaskulárnych chorôb, program dieťa a matka a program starostlivosti o seniorov) popri ďalších programoch prevencie.

Dlhodobá udržateľnosť: Celkové výdavky v zdravotníctve (5,8% HDP a 829 per capita parity kúpnej sily v USD v roku 2004) patria k najnižším v EÚ a boli v oblasti HDP relatívne konštantné. Podiel verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť (88 % celkových výdavkov v roku 2004) je jedným z najvyšších v EÚ a je naďalej stabilný (91,6 % v roku 1998). Predpovede EPC/ES roku 2006 ukazujú nárast verejných výdavkov vo výške 1,9 percentuálneho bodu HDP v roku 2050 z dôvodu starnutia obyvateľstva. Výdavky na liečivá sú osobitne vysoké v porovnaní s medzinárodnými normami (38,5 % celkových výdavkov zdravotníctva v roku 2003). V správe sa uvádza, že vláda sa intenzívne zameriava na finančnú a organizačnú reštrukturalizáciu systému zdravotníctva, aby sa stabilizovali jeho financie a zastavil rast dlhu. Vláda očakáva, že spoluúčasťou na platbách (za všetky služby

a najmä za liečivá) a zavedením stropu výdavkov za lieky sa obmedzí nadmerná spotreba. Budúca tvorba rozpočtu a diagnosticky príbuzné skupiny (Diagnosis Related Groups – DRGs) sa zaviedli na udržanie transparentnejších nákladov a financií. Kompetentné úrady plánujú zvýšiť zodpovednosť poskytovateľov služieb za seba, zlepšiť stimuly účinnosti pomocou privatizácie a hospodárskej súťaže, oslobodiť štát od vyrovnávania dlhov poskytovateľov a zabezpečiť lepšie monitorovanie poskytovateľov poisťovateľmi. Prioritou vlády je takisto reštrukturalizovanie systému zdravotníckych zariadení, presun aktivít do oblasti ambulantnej starostlivosti. V oblasti zdravotníckych pracovníkov je oblasťou záujmu nízky príjem praktických lekárov a pokles počtu zdravotných sestier z dôvodu migrácie. V oblasti podpory a prevencie zodpovedné orgány dávajú prioritu iniciatívam v boji s najvýznamnejšími národnými chorobami pomocou vyšších príspevkov na prevenciu pre cieľové skupiny a programy orientované na špecifickú chorobu.

5.2. Dlhodobá starostlivosť

Opis systému: Vláda deklarovala svoj zámer vo svojom programovom vyhlásení na roky 2006–2010, zaviesť legislatívne opatrenia na rozvoj sociálnych služieb/služieb dlhodobej starostlivosti. Integrácia zdravotníckych služieb a sociálnych služieb je doplnkovým cieľom vlády. Rezidenčná a nerezidenčná starostlivosť sa poskytuje prostredníctvom samosprávy a samosprávnych regiónov doma u dôchodcov, v ubytovacích zariadeniach, zariadeniach s opatrovateľskými službami, denných stacionároch alebo rehabilitačných strediskách, doma (najmä s pomocou zdravotných sestier), v regionálnych integračných centrách a v štátnych zariadeniach starostlivosti. Systém sa financuje kombinovaním verejných (štátny rozpočet, fondy zákonného zdravotného poistenia) a súkromných zdrojov (s priplácaním na základe príjmu). V správe sa zdôrazňuje, že hlavným cieľom slovenských orgánov je vyrovnať domáci a inštitucionálny príspevok v závislosti od potrieb a preferencií pacientov a poskytovať primeranú podporu pre závislých jednotlivcov a ľudí, ktorí sa o nich starajú.

Dostupnosť: Poskytovanie primeranej dlhodobej starostlivosti je prioritou slovenských orgánov. V správe sa zdôrazňuje, že v súčasnosti sú samosprávy nedostatočne vybavené, pokiaľ ide o personál, odborné a technické vybavenie. Sieť zariadení sociálnej starostlivosti je nedostatočná a existujú v nej regionálne rozdiely. Čakacie časy na umiestnenie do štátnych zariadení (napr. domovov dôchodcov) sa môžu odlišovať v rozpätí od niekoľkých mesiacov až do niekoľkých rokov a regionálne rozdiely v oblasti prístupu k službám dlhodobej starostlivosti (dostupnosť, čakacie časy, finančné náklady) sú vysoké.

Kvalita: V súčasnosti neexistujú právne požiadavky alebo normy na poskytovanie sociálnych služieb, cieľom vlády je však navrhnúť ich vo forme novely zákona o sociálnych službách. V rokoch 2005–2006 Európska rozvojová banka podporila 23 projektov pod názvom „Transformácia existujúcich zariadení sociálnych služieb".

Dlhodobá udržateľnosť: Z prognóz 2006 EPC/ES vyplýva, že verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť vzrastú z hodnoty 0,7 % HDP v roku 2004 následkom starnutia obyvateľstva do roku 2050 o 0,6 percentuálneho bodu HDP. Zodpovedné orgány zdôrazňujú potrebu podpory postihnutých a starých ľudí a ich rodín a aktivít, ktoré im umožnia vrátiť sa do svojho domáceho prostredia.

6. Budúce výzvy

- Zvýšiť celkovú mieru zamestnanosti najmä mladých a starších pracovníkov, zlepšiť prístup na trh práce a zvýšiť zamestnateľnosť zraniteľných skupín obyvateľstva.

- Podporovať sociálne zaradenie zraniteľných skupín obyvateľstva, najmä marginalizovaných rómskych komunít, prostredníctvom podpory verejných služieb a riešením nedostatku možností ubytovania a zvýšiť verejné povedomie a boj proti diskriminácii.

- Posilniť riadenie, implementáciu a monitorovanie opatrení správy na štátnej, regionálnej a miestnej úrovni s účasťou všetkých zainteresovaných strán.

- Zabezpečiť, aby boli v dlhodobom meradle dostupné dostatočné zdroje na primerané dôchodky a zabezpečiť, aby sa mohli splniť prechodné náklady čiastočného presunu do systémov súkromného financovania a aby mohla byť garantovaná dlhodobá udržateľnosť verejných financií.

- Sledovať zdravotnícke, sociálne a finančné dôsledky reforiem s cieľom zabezpečiť jednotný prístup k vysoko kvalitným službám zdravotnej a dlhodobej starostlivosti.

- Reštrukturalizovať sieť zariadení zdravotnej starostlivosti a riešiť otázku riadenia ľudského kapitálu.

- Vyvinúť vhodný a finančne udržateľný dlhodobý systém starostlivosti založený na integrácii sektorov zdravotnej a sociálnej starostlivosti do jedného komplexného systému.

SLOVAKIA: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	0.7	47.4
2002	4.1	51,0
2004	5.4	54.4
2006	6.7f	59.4f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	56.8	62.2	51.5	29,0	21.3
2002	56.8	62.4	51.4	27,0	22.8
2004	57,0	63.2	50.9	26.3	26.8
2005	57.7	64.6	50.9	25.6	30.3

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	18.8	18.9	18.6	36.9
2002	18.7	18.6	18.7	37.7
2004	18.2	17.4	19.2	33.1
2005	16.3	15.5	17.2	30.1

*: Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 10 0); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality
	male	female	male	female	male	female	
1995	68.4	76.3	12.7	16.1	n.a	n.a	11,0
2000	69.1	77.4	12.9	16.5	n.a	n.a	8.6
2004	70.3sp	78sp	13.4sp	17.1sp	n.a	n.a	6.8

s: Eurostat estimate; p: provisional

WHO	Total Health exp %GDP	Public Health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public System coverage % of pop	Pop Covered by PHI** % of pop
1995	N	N	-		
2000	5.5	89.4	10.6	100	Negligible
2004	5.8	88	12		

*THE: Total Health Expenditures

**PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	18.4	38.1	33	3.5	14	4.6	6.8
2000	19.3	37.2	34.9	4.8	9	6.5	7.6
2004	17.2	40.1	30.1	6.2	10.7	3.3	9.6

* including administrative costs

Age related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	expenditure (% of GDP) level in 2004 and changes since2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health Care	Long Term care
2005	16.3	16.2	7.2	4.4	0.7
2010	16.9	0.8			
2030	31.7	0.3	0.5	1.3	0.2
2050	50.6	2.9	1.8	1.9	0.6

SLOVAKIA: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

	At-risk of poverty rate					Poverty risk gap					Income inequalities	
SILC income 2004	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Total	Children 0-17	18+	18-64	65+		S80/S20
Total	13b	19b	12b	13b	7b	23b	24b	23b	25b	16b	**Total**	3.9b
male	13b		11b	13b	3b	25b		25b	26b	23b	**male**	
femal	13b		12b	13b	10b	23b		23b	24b	16b	**female**	

	People living in jobless households					Long Term Unemployment rate				Early school leavers		
	Children	% of people aged 18-59*				% of people aged 15-64				% of people aged 18-24		
	Total	Total	male	female		Total	male	female		Total	male	female
1999	10.6	9.8	8.8	10.9	**1999**	7.8	7.4	8.3	**1999**	na	na	na
2004	12.8	10.8	10.0	11.6	**2004**	11.8	11.3	12.4	**2004**	7.1	7.8	6.4
2006	11.8	9.6	9.0	10.2	**2005**	11.7	11.2	12.3	**2005**	5.8	6,0	5.7

**: excluding students; b: break in series*

SILC income 2004	Total	male	female	SILC income 2004	Total	male	female
Relative income of 65+	0.849b	0.904b	0.818b	***Aggregate replacement ratio***	0.549b	0.53b	0.557b

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*						
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates			
									Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions		
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Estimate of current (2002)		Assumption
1	1	1	DB and DC	/	/	Nd	/		Nd	/		/

**:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

SUOMI

1. Tilanne ja tärkeimmät suuntaukset

Suomen BKT kasvoi 3,5 prosenttia vuonna 2004 (EU-15 2,2 %), 2,9 prosenttia vuonna 2005 (EU-15 1,6 %) ja 4,5 prosenttia vuonna 2006. Kasvun on ennustettu hidastuvan 3,0 prosenttiin vuonna 2007. Työllisyys kasvaa edelleen. Lyhyellä aikavälillä työttömyysaste laskee työvoiman tarjonnan vähenemisen vuoksi, kun suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle ja pienemmät tulevat työmarkkinoille. Pitkäaikaistyöttömyys on laskenut mutta on edelleen tärkeä syrjäytymissyy ja liittyy usein muihin riskitekijöihin. Nuorisotyöttömyysaste on laskenut hieman vuodesta 1998 mutta on edelleen suhteellisen korkea (20,1 %). Ulkomaalaisten työttömyysaste on niinkin korkea kuin 28 prosenttia, mutta suuntaus on laskeva.

Vuonna 2004 suomalaisista 12 prosentin tulot olivat alle 60 prosenttia mediaanitulosta (vuonna 2003 osuus oli 11 %) ja tulonjaon epätasaisuutta kuvaava suhdeluku oli edelleen alhainen 3,6 (EU-25 4,9).

Koko väestön köyhyysriski ennen sosiaalisia tulonsiirtoja on erittäin korkea 29 prosenttia (EU 26 %), mutta suhteellista köyhyysrajaa tarkasteltaessa tilanne on myönteisempi (12 %). Tämä indikaattori on kuitenkin kasvamassa. Tietyillä kotitalouksilla on keskimääräistä korkeampi köyhyysriski: alle 25-vuotiaat nuoret (22,0 %), joista monet ovat opiskelijoita ja työttömiä (40,1 %).

Suomen väestörakenteen vanheneminen noudattelee epätyypillistä mallia: huoltosuhteen kasvu on nopeampaa kuin EU-25:ssä vuoteen 2025 asti, jonka jälkeen se hidastuu. Huoltosuhteen odotetaan itse asiassa kohoavan vuoden 2004 tasolta 23 prosentista (25 % EU-25) 45 prosenttiin vuonna 2030 (40 % EU-25) ja sen jälkeen kohoavan hitaasti 47 prosenttiin vuoteen 2050 mennessä (EU:n keskiarvoksi ennustetaan 52 %). Elinajanodote syntyessä (miesten 75,3 ja naisten 82,3 vuonna 2004) on EU:n keskiarvoa vuonna 2004, ja se on kasvanut jatkuvasti ajan myötä. Terveen elinajan odote (miehet 57,3 ja naiset 56,5) on sen sijaan alle EU:n keskiarvon, erityisesti naisten kohdalla (jotka elävät 10 vuotta kauemman vajaakuntoisina). Imeväiskuolleisuuden aste (3,3 vuonna 2004) on yksi alhaisimmista EU:ssa (vuonna 1960 aste oli 21). Perinataalikuolleisuuden aste 4,9 on keskitasoa (vuonna 1960 se oli 27,5).

Suomen sosiaaliturvakustannukset olivat 26,7 prosenttia BKT:sta (EU 27,3 %). Suurimman osuuden vievät eläkkeet 35,8 prosenttia (EU 43,9 %), terveydenhuolto 24,3 prosenttia (EU 27,2 %) ja työkyvyttömyys 12,8 prosenttia (EU 7,6 %).

2. Yleinen strategia

Suomella on sosiaalisen yhteenkuuluvuuden ja kehityksen edistämisessä vankat perinteet, jotka perustuvat kattavaan sosiaaliturvajärjestelmään sekä toisiaan vahvistavaan ja täydentävään talous-, työllisyys-, sosiaali- ja koulutuspolitiikkaan. Sosiaalipoliittisten ohjelmien rahoituksessa suurimmat ongelmat liittyvät kansainväliseen eivätkä niinkään kansalliseen toimintaympäristöön. Pitkäaikaistyöttömyys on edelleen mittava haaste tiettyjen nuorten työttömien ja eläkeikää lähestyvien ryhmissä.

Suomen kansallisessa raportissa todetaan, että tasa-arvo- ja syrjinnän vastainen politiikka ovat tärkeitä edellytyksiä sosiaaliselle yhteenkuuluvuudelle ja talouskasvulle. Suomessa on

satavuotiset perinteet naisten ja miesten yleisestä ja yhtäläisestä äänioikeudesta ja vaalikelpoisuudesta, mikä on edesauttanut naisten osallistumista poliittiseen päätöksentekoon. Sosiaalisen syrjäytymisen osalta raportista käy ilmi, että toimeentulotukea saaneista yksinäisistä henkilöistä suurin osa on miehiä, mutta kyseistä tukea saaneista yksinhuoltajista taas suurin osa on naisia. Peruspäivärahaa, työmarkkinatukea ja ansiopäivärahaa saaneista enemmistö on miehiä. Strategiassa todetaan, että sukupuolten tasa-arvo vahvistuu ilman toiminnallisia tavoitteita. Valtioneuvosto toimeenpanee tasa-arvo-ohjelman vuosina 2004–2007. Uusittu tasa-arvolaki tuli voimaan kesällä 2005.

Sosiaali- ja terveysministeriö uudisti strategiansa keväällä 2006 vuoteen 2015 asti. Sosiaaliturvan neljä strategista linjausta ovat seuraavat: *edistetään terveyttä ja toimintakykyä, lisätään työelämän vetovoimaa, vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä* ja *varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva.*

Suomen kansallisessa raportissa käsitellään sosiaalista suojelua ja sosiaalista osallisuutta koskevan avoimen koordinointimenetelmän kattavia tavoitteita. Terveys- ja toimeentuloerojen kaventaminen parantaa sosiaalista yhteenkuuluvuutta. Kansalaisjärjestöjä aktivoidaan tämän tavoitteen tukemiseen. Maahanmuuttajien ja etnisten vähemmistöjen integroimiseen on kiinnitetty erityishuomiota kansallisessa strategiaraportissa.

Kansalliset uudistussuunnitelmat ovat linjassa Lissabonin strategian keskeisen osan muodostavien yhdennettyjen suuntaviivojen kanssa. Nämä kaksi raporttia on laadittu koordinoidusti. Rakennerahastojen roolia Lissabonin strategian mukaisten tavoitteiden toimeenpanossa täsmennetään ja kehitetään. Raportissa ei ollut tarkkaa kuvausta rakennerahastojen käytöstä.

3. Sosiaalinen osallisuus

3.1 Tärkeimmät suuntaukset

Kokonaisuudessaan myönteisestä kehityksestä huolimatta esiin tulee myös negatiivisia seikkoja, erityisesti korkea rakenteellinen työttömyys ja yhä suuremmat vaikeudet katkaista syrjäytymiskierrettä. Kuilu työelämän vaatimusten ja syrjäytyneiden osaamisen ja toimintakyvyn välillä on kasvanut.

Korkeassa syrjäytymisriskissä ovat pitkäaikaistyöttömät, pienituloiset lapsiperheet, kodittomat, ylivelkaantuneet, pitkäaikaissairaat, vammaiset, päihdeongelmaiset, rangaistavaan tekoon syyllistyneet ja tietyt maahanmuuttajaryhmät.

Tällä hetkellä käydään kriittistä julkista keskustelua alkoholijuomien hinnoista ja jakelusta. Raportissa korostetaan erityisesti lasten ja nuorten alkoholin ja huumausaineiden kokeilun ja käytön ehkäisyn merkitystä. Työttömyysaste laski 9,8 prosentista (vuonna 2000) 8,4 prosenttiin (vuonna 2005), mutta myönteinen kehitys ei kumoa alkoholin ja huumausaiheiden väärinkäytön kielteisiä vaikutuksia. Tähän liittyy noidankehä: väärinkäyttö estää työllistymistä ja työttömyys edistää väärinkäyttöä.

Suomen suhteellinen köyhyysaste on 12 prosenttia (vuonna 2004), joka on EU:n alimpia. Se on tulosta talouskasvusta ja työllisyysasteen kohoamisesta mutta myös aktiivisista toimenpiteistä, joilla on pyritty parantamaan sosiaalipalvelujen kattavuuden laatua, ja aktiivisella työmarkkinapolitiikalla on pienennetty kodittomien ja pitkäaikaistyöttömien

määrää ja vähennetty toimeentulotuen tarvetta. Korkea rakenteellinen työttömyys on kuitenkin edelleen ongelma, ja se vaikeuttaa syrjäytymiskierteen katkaisemista, koska työttömyys- ja toimeentulo-ongelmista on tullut pitkäaikaisia. Kansallisten tietojen perusteella voidaan todeta, että suhteellinen köyhyysaste on kohonnut 1990-luvun puolivälistä.

Lasten ja nuorten samoin kuin päihteiden väärinkäyttäjien syrjäytymisriski on kohonnut viime aikoina. Lastensuojelutoimenpiteiden kohteeksi joutuneiden lasten ja nuorten lukumäärä on lisääntynyt hälyttävästi. Esimerkiksi kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten lukumäärä (59 100 vuonna 2005) lisääntyi 19,8 prosenttia vuodesta 2000 vuoteen 2005. Tämä on kuitenkin osittain tulosta tehokkaammasta ja järjestelmällisemmästä politiikasta eikä välttämättä osoita pelkästään sosiaalisen syrjäytymiseen liittyviä muutoksia tai syrjäytymisen lisääntymistä.

Pitkittyneesti pienituloisten määrä kasvaa edelleen ja lisää syrjäytymisriskiä. Pitkittynyt köyhyys on pääsääntöisesti yhteydessä pysyvästi työmarkkinoiden ulkopuolelle jäämiseen. Maksuhäiriöllisten lukumäärä on pysynyt samana (noin 300 000).

Suotuisa työmarkkinakehitys ei ole helpottanut rakennetyöttömyyteen liittyviä ongelmia. Vaikeasti työllistyvistä pääosa, arviolta noin 100 000, on alle 55-vuotiaita, jotka ikänsä puolesta voisivat olla työelämässä, mutta heille soveltuvien työpaikkojen riittämätön määrä ja työpaikkojen ja työttömyyden alueellinen kohtaamattomuus vaikeuttavat työllistymisnäkymiä jatkossakin.

3.2 Keskeiset haasteet ja prioriteetit

Vuoden 2006 yhteisessä raportissa Suomi kartoitti neljä keskeistä haastetta: työllisyyden lisääminen, työttömyyden vähentäminen, eläkeuudistuksen turvaaminen ja terveyden parantaminen. Näitä haasteita käsitellään kansallisessa strategiaraportissa.

Tavoitteena on, että vuonna 2015 suomalainen yhteiskunta on elinvoimainen, taloudellisesti kestävä ja toiminnoiltaan tehokas ja dynaaminen. Hyvinvoinnin perustana ovat työ- ja toimintakyvyn ylläpito, kohtuullinen toimeentuloturva sekä omatoimisuus.

Sosiaalisen osallisuuden kannalta tämä merkitsee mm. sitä, että väestön toimintakyky ja sosiaalinen hyvinvointi ovat parantuneet. Työssäoloaika on pidentynyt keskimäärin kahdella kolmella vuodella nykyiseen verrattuna. Köyhyys ja syrjäytyminen ovat vähentyneet ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulma on vakiintunut yhteiskuntapolitiikassa. Palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus ovat parantuneet. Toimeentuloturva takaa kohtuullisen toimeentulon, mutta kannustaa silti työntekoon, ja sosiaaliturvan kestävä rahoitus perustuu yhteisvastuuseen, jota omavastuu täydentää.

Tavoitteet on asetettu korkealle. Niiden saavuttamista saattavat vaikeuttaa kaksi suurta ongelmaa: väestön ikääntyminen ja ohjelman kustannukset. Vuoteen 2030 ulottuvien sosiaaliturvan kustannuksia koskevien ennusteiden mukaan kustannusten kasvu voidaan rahoittaa, kunhan talouskasvun ja työllisyysasteen kehitys on positiivista.

Suomen strategiassa käsitellään sosiaalisen osallisuuden tavoitteita ja tuetaan komission keskeisiä poliittisia prioriteetteja. Suomen strategiassa ei kuitenkaan viitata nimenomaisesti rakennerahastoihin. Rahastot mainitaan paikallisten ja kansallisten hankkeiden tukilähteenä.

3.3 Poliittiset toimenpiteet

Suomen köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan lähtökohta on koko väestön kattavien sosiaaliturvaetuuksien ja palveluiden kehittäminen. Hallituksen käynnistämät toimet köyhyyden ja syrjäytymisen torjumiseksi perustuvat vuoden 2003 hallitusohjelmaan. Ohjelman strategiset tavoitteet esiteltiin jo vuosien 2003–2005 kansallisessa köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa toimintasuunnitelmassa. Hallitusohjelman strategisia linjauksia täydentävät ja täsmentävät eri hallinnonalojen omat strategiat ja alakohtaiset tavoitteet.

Nykyisellä hallituskaudella käynnistettyjen toimenpiteiden toimeenpano ja tulosten seuranta jatkuvat pääosin myös vuosina 2006 ja 2007. Köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan linjauksia tarkastellaan uudelleen uuden hallituksen aloittaessa toimintansa vuoden 2007 eduskuntavaalien jälkeen. Suomen köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen politiikan tavoitteet ja konkreettiset toimenpiteet täsmentyvät siten vasta seuraavan hallituksen ohjelmassa vuonna 2007.

Raportissa luetellaan neljä tavoitetta (prioriteettia): työmahdollisuuksien takaaminen mahdollisimman monelle, sosiaalisten ongelmien ja sosiaalisten riskien toteutumisen ennaltaehkäisy, syrjäytymistä ja köyhyyttä ehkäisevien sekä korjaavien toimenpiteiden olemassaolon jatkuvuuden turvaaminen ja osaavan työvoiman saatavuuden turvaaminen asukkaiden hyvinvointia turvaavissa palveluissa.

Sosiaalisen osallisuuden kannalta tärkeimpiä tavoitteita ovat sosiaalisten ongelmien ehkäisy sekä ennaltaehkäisevien ja korjaavien toimenpiteiden turvaaminen. Ennaltaehkäisevä lähestymistapa on ensisijainen toimintamalli. Erityisesti kiinnitetään huomiota varhaiseen puuttumiseen lasten, nuorten ja lapsiperheiden ongelmiin. Suurena ongelmana voi kuitenkin olla kyky pitää yllä kattavaa palvelujärjestelmää taloudellisten rajoitusten vuoksi.

Uusi nuorisolaki tuli voimaan maaliskuussa 2006. Lakiin sisältyy mm. tavoite nuorten sosiaalisesta vahvistamisesta, mikä tarkoittaa nuorille suunnattuja toimenpiteitä elämäntaitojen parantamiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Lisäksi otettiin käyttöön nk. nuorten yhteiskuntatakuu, jolla pyritään ehkäisemään työttömyyden pitkittymistä ja siihen liittyvää syrjäytymiskehitystä.

Raportissa todetaan, että naisten ja miesten välinen tasa-arvo on tärkeä edellytys sosiaaliselle yhteenkuuluvuudelle ja talouskasvulle. Vaikeasti työllistyvistä ja pitkäaikaistyöttömistä enemmistö on miehiä. Toimeentulotukea saaneista yksinäisistä henkilöistä suurin osa on miehiä, mutta kyseistä tukea saaneista yksinhuoltajista taas suurin osa on naisia. Peruspäivärahaa, työmarkkinatukea ja ansiopäivärahaa saaneista enemmistö on miehiä. Tällaiset sukupuolierot olisi otettava huomioon sosiaalipolitiikan suunnittelussa ja sosiaalista osallisuutta koskevien ohjelmien täytäntöönpanossa.

3.4 Hallintotapa

Raportti on laadittu suomalaisen hallintomenettelyn mukaisesti yhteistyössä eri ministeriöiden kesken. Laatimisessa on kuultu köyhiä ja syrjäytyneitä edustavia järjestöjä, työmarkkinaosapuolia, tutkimuslaitoksia, paikallishallinnon edustajia sekä Suomen evankelisluterilaisen kirkon yhteiskunnallisesta työstä vastaavia.

Seurannasta ja arvioinnista voidaan todeta, että toiminnan tuloksia arvioidaan erikseen, kunhan päivitetyt tilastotiedot köyhyydessä ja syrjäytymisessä tapahtuneista muutoksista

valmistuvat. Arvioinnissa pyritään käyttämään myös saatavilla olevia laadullisia kuvauksia suomalaisten hyvinvoinnin kehityksestä. Köyhyyden ja syrjäytymisen kehitystä arvioidaan hallitusohjelman seurannan yhteydessä sekä eri hallinnonalojen vuosittaisissa kertomuksissa.

4. Eläkkeet

Vuonna 2004 ikääntyneiden elintaso oli suhteellisen lähellä muun väestön elintasoa (75 %), mutta ikääntyvien köyhyysriskin (18 % – sukupuolierot ovat suuret: miehet 11 % ja naiset 23 %) arvioidaan olevan merkittävästi korkeampi kuin alle 65-vuotiaan väestön.

Talouden kestävyyttä käsittelevässä vuoden 2006 raportissa pidettiin Suomea matalariskisenä jäsenvaltiona julkisen rahoituksen kestävyyden osalta. Suomen julkiseen rahoitukseen kohdistunee suhteellisen voimakas paine ikääntyvän väestön vuoksi. Ikääntymistä käsittelevän työryhmän vuonna 2005 tekemien ennusteiden mukaan eläkkeiden julkisen rahoituksen odotetaan kasvavan vielä 3,0 prosenttiyksilöllä BKT:stä vuoteen 2050 mennessä. Indikaattorityöryhmän ennusteiden mukaan nettokorvausasteiden odotetaan säilyvän melko vakaina, kun tarkastellaan 65-vuotiaana eläkkeelle jäävää työntekijää, joka on ollut työssä 40 vuotta ja jolla on keskiansiot: aste on 63 prosenttia vuonna 2005 (bruttoaste 57 %) ja 62 prosenttia vuonna 2050 (bruttoaste 52 %).

Vuoden 2006 yhteisessä raportissa tuotiin esiin vuoden 2005 uudistukseen sisältyviä keskeisiä seikkoja ja korostettiin tarvetta varmistaa ikääntyvien työntekijöiden työllisyysasteen tosiasiallinen kasvu jatkossa. Suomessa tuli vuonna 2005 voimaan työeläkejärjestelmän uudistus, jonka avulla halutaan vähentää varhaista eläkkeelle siirtymistä ja kannustaa ihmisiä pysymään pidempään työelämässä. Uudistus on merkittävä edistysaskel ja vahvistaa osaltaan Suomen eläkejärjestelmän rahoituksen kestävyyttä. Uudistuksessa varmistetaan riittävät eläkkeet ja otetaan huomioon muuttuvat sosiaaliset olosuhteet muun muassa soveltamalla mekanismia, jonka avulla eläkkeitä mukautetaan elinajanodotteen nousuun. Pitkällä aikavälillä toimenpidesarjan viimeisten uudistusten odotetaan johtavan siihen, että eläkeikä nousee kahdella tai kolmella vuodella vuoteen 2050 mennessä.

Suomi on kehittänyt ylijäämiä koskevan strategian sekä yksityiselle että julkiselle sektorille (lakisääteiset työeläkerahastot olivat vuonna 2004 yhteensä 59 prosenttia BKT:stä). On kuitenkin odotettavissa, että maksuja joudutaan korottamaan yksityisen sektorin lakisääteisessä järjestelmässä. Hallitus aikoo myös uudistaa eläkelaitosten rahastointiperiaatteita ja vakavaraisuusmekanismia sekä tehostaa valvontaa ja ohjausta; tavoitteena on lisätä työeläkkeiden tuottoa ja turvaa ja mahdollisesti hillitä ennakoituja maksupaineita. Vuoden 2005 työeläkeuudistuksen myötä vanhempainlomista ja vastaavilta jaksoilta karttuu työeläkettä. Politiikalla on tarkoitus lisätä tasa-arvoa.

5. Terveydenhuolto ja pitkäaikaishoito

5.1. Terveydenhuolto

Järjestelmän kuvaus: Kunnat tarjoavat tai ostavat hoitopalveluita, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta ja taloudellisesta asemasta riippumatta. Julkiset terveyskeskukset tarjoavat perusterveydenhuollon (monia erilaisia palveluita, myös ehkäisevä hoito). Potilaat tarvitsevat lähetteen terveyskeskuslääkäriltä erikoislääkärillä käyntiä varten. Erikoissairaanhoito järjestetään sairaaloissa joko poliklinikalla tai vuodeosastolla. Kuntainliitot muodostavat sairaanhoitopiirejä, joiden omistuksessa julkiset sairaalat ovat. Yksityisesti tarjotaan lähinnä erikoissairaanhoitoa poliklinikoilla suurimmissa kaupungeissa. Yksityislääkärit voivat antaa potilaalle lähetteen julkiseen sairaalaan. Julkisen sektorin lääkärit saavat palkkaa ja yksityissektorin lääkäreille maksetaan palkkio palveluista.

Järjestelmä rahoitetaan verovaroin: kunnallisverot ja valtionosuudet kattavat suurimman osan kustannuksista. Siihen yhdistetään omavastuuosuudet eri palveluista (esim. sairaalahoito ja lääkkeet). Pakollinen sairausvakuutusjärjestelmä kattaa kaikki asukkaat, ja sen rahoitukseen osallistuvat työnantajat, valtio ja vakuutetut. Siitä katetaan noin kolmasosa lääkärinpalkkioista, tutkimuksista ja hoidosta yksityissektorilla, kaksi kolmasosaa lääkekustannuksista (2005) ja 90 prosenttia matkakustannuksista. Työnantajat (ja itsenäiset ammatinharjoittajat) tarjoavat tai ostavat työnantajamaksujen kautta työterveyshuoltoa 1,8 miljoonalle työntekijälle (2004). Vapaaehtoinen yksityinen vakuutus on noin 11 prosentilla väestöstä, enimmäkseen lapsilla (2005). Suomen terveyspolitiikan tavoitteena on tarjota hyvin toimivat, koko väestön saatavissa olevat terveyspalvelut, pidentää ihmisten tervettä ja toimintakykyistä elinaikaa sekä vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. On tunnustettu, että terve väestö parantaa julkisen talouden kestävyyttä, joten terveyspolitiikka on laadittu niin, että toimia toteutetaan kaikilla sektoreilla (esim. kaiken politiikan vaikutustenarviointi, ympäristöpolitiikka, koulutus ja työterveys).

Saatavuus: Raportissa todetaan, että paikallinen päätöksenteko, erilaiset alueelliset olosuhteet, hoitokäytännöt ja henkilöstöpula aiheuttivat aiemmin alueellista eriarvoisuutta palveluiden tarjonnassa (esim. eri hoitotyyppien tarjonta/kattaminen, erot odotusajoissa). Valtakunnallisesti yhdenmukaistetun lainsäädännön ja ohjeistuksen myötä tarjonnan ja saatavuuden alueelliset erot ovat vähentyneet. Viranomaiset suunnittelevat kunta- ja palvelurakennemuutosta, jossa kootaan yksittäistä kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja sekä lisätään kuntien välistä yhteistoimintaa ja varmistetaan näin koko maassa laadukkaat ja kansalaisten saatavilla olevat palvelut. Eriarvoisuuksien vähentämiseksi ja odotusaikojen lyhentämiseksi lainsäädännössä vahvistettiin oikeus, jonka mukaan potilaan on saatava välitön yhteys terveyskeskukseen sen aukioloaikana ja käyntiaika on saatava kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Terveyskeskuksessa hoitoon on päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa ja erikoissairaanhoitoon viimeistään kuudessa kuukaudessa. Lähete on arvioitava kolmen viikon kuluessa ja sairaalahoito on aloitettava kuuden kuukauden kuluessa. Muussa tapauksessa potilaalle on järjestettävä mahdollisuus saada hoitoa muualta, joko toisessa sairaanhoitopiirissä tai yksityissektorilla kunnan kustannuksella. Puhelinpalvelujen keskittäminen ja Internet-palvelujen hyödyntäminen ovat parantaneet palvelujen saatavuutta. Epätasa-arvoa hoitoon pääsyssä esiintyy sikäli, että maksuttomat työterveyshuoltopalvelut eivät ole kaikkien saatavissa. Valtio myöntää lisärahoitusta terveydenhuoltoon, jotta voidaan vastata palvelujen lisääntyneeseen kysyntään. Yksityinen rahoitus ja erityisesti omavastuuosuudet (19 % kokonaiskustannuksista vuonna 2004) ovat edelleen melko korkeat mutta ovat laskeneet viime vuosina (20,4 % vuonna 2000). Käytössä on maksukattoja, jotka vähentävät potilaiden maksurasitusta. Tiedot osoittavat, että terveyseroja esiintyy.

Laatu: Raportissa kuvataan laatusuosituksia (esim. henkilöstön lukumäärä) ja valtakunnallisia potilasturvallisuuden linjauksia, joilla parannetaan yleistä laatua ja potilasturvallisuutta (esim. sairaalainfektioiden torjunta). Suomessa on kattava tietohallinta- ja tilastointijärjestelmä, jota voidaan hyödyntää perusteltujen päätösten tekemisessä. Terveydenhuollolle on kehitetty näyttöön perustuvan kliinisen käytännön ohjeistuksia, jotka julkaistaan (verkossa, cd-romilla); tarkoituksena on edistää uusien hoitomenetelmien käyttöönoton arviointia. Potilaiden oikeuksia suojellaan lailla. Lisäksi potilaan oikeuksia suojelee lakisääteinen potilasvakuutusjärjestelmä, josta potilas voi saada korvauksen potilasvahingoista. Korvaus ei ole riippuvainen terveydenhuoltohenkilöstön tuottamuksesta. Kaikki hoidon tarjoajat suorittava maksuja vahinkorahastoon, josta korvaukset maksetaan. Tapaukset arvioidaan maksutta. Useimmissa kunnissa ei ole juurikaan mahdollisuuksia valita terveyskeskusta tai terveyskeskuslääkäriä, mutta potilaat voivat valita hankkivatko palvelut yksityiseltä vai julkiselta palveluntuottajalta, jos yksityisiä palveluita on saatavilla. Asiakkaan mahdollisuutta

valita hoitopaikkansa on tarkoitus lisätä. Viranomaiset odottavat, että potilaiden palveluista antamien arviointien hyödyntäminen parantaa reagointia tarpeisiin ja että valtakunnallisilla sähköisillä potilasrekistereillä voidaan varmistaa hoidon parempi seuranta. Kunnat ovat vastuussa ehkäisevistä palveluista, joihin kuuluvat lastenneuvolapalvelut, äitiyshuolto ja kouluterveydenhuolto. Viranomaiset pitävät työterveyshuoltoa (työolojen mukauttaminen, terveysriskien ja työntekijöiden terveyden arviointi ja seuranta lääkärintarkastusten ja terveydenhuollon kautta) keinona taata työntekijän työ- ja toimintakyky sekä järjestelmän kestävyys pitkällä aikavälillä.

Rahoituksen kestävyys pitkällä aikavälillä: Terveydenhuollon kokonaiskustannukset (7,5 % BKT:stä ja 2 275 dollaria (ostovoimapariteetti) henkeä kohti vuonna 2004) ovat EU:n keskiarvoa. Julkisen terveydenhuollon kustannusten osuus (76,8 % kokonaiskustannuksista vuonna 2004) on EU:n keskiarvoa ja pysytellyt vakaana läpi vuosikymmenen. Talouspoliittisen komitean ja Euroopan komission ikäsidonnaiset ennusteet (2006) osoittavat, että julkiset menot kasvavat 2,3 prosenttiyksikköä BKT:stä vuoteen 2050 mennessä. Viranomaiset pitävät erityissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välistä riittämätöntä koordinointia ja työnjakoa haasteena kestävyydelle. Tehokkuuden parantamiseksi toteutettuja/ehdotettuja toimia ovat tiettyjen palvelujen keskittäminen alueellisesti, kuntien yhteisen hoidontarjonnan lisääminen, sairaanhoitopiirien luominen ja työnjako sairaanhoitopiireissä, lääkkeiden ja materiaalin yhteiset hankinnat sekä valtakunnalliset elektroniset potilasrekisterit. Lääkekustannusten nousun hillitsemisessä ovat auttaneet lääkevaihto (apteekkien on tarjottava halvinta lääkevaihtoehtoa kustakin vaikuttavasta aineesta) samoin kuin rationaalisen lääkkeiden määräämisen ja käytön edistäminen ja korvausten teknologisen arvioinnin lisääntyminen. Suunnitteilla on myös apteekkijärjestelmän uudistus, johon sisältyy vähittäismyyntihintojen valvonta. Henkilöstön osalta voidaan todeta, että lääketieteen opiskelijoiden määrä on lisääntynyt, ja valtio toivoo tämän helpottavan henkilöstöpulaa erityisesti tietyillä lääketieteen aloilla (perusterveydenhuolto, hammaslääkärit) ja tietyillä alueilla. Suomessa halutaan varmistaa, että henkilöstöllä on valmiudet työskennellä muuttuvassa teknologisessa ja monikulttuurisessa ympäristössä. Viranomaiset odottavat, että erilaisilla terveyden edistämiseen tähtäävillä ohjelmilla vähennetään muiden kuin tartuntatautien esiintymistä ja vähennetään terveyseroja. Kuntien rooli terveyden edistämisessä on kasvanut. Terveysnäkökohtien huomioon ottamisella kaikessa politiikassa halutaan varmistaa, että terveellisiä valintoja edistetään laajasti.

5.2. Pitkäaikaishoito

Järjestelmän kuvaus: Pitkäaikaishoito on osa yleistä terveyden- ja sosiaalihuoltojärjestelmää ja kuuluu kuntien vastuulle. Hoito on kaikkien saatavilla. Kunnat tarjoavat pitkäaikaishoitoa terveyskeskusten vuodeosastolla ja ei-sairaanhoidollista pitkäaikaishoitoa vanhusten ja vammaisten laitoksissa. Kunnat tarjoavat myös palveluseteleitä, joilla asiakkaat voivat ostaa esimerkiksi kotipalveluja. Näiden lisäksi tarjotaan kotipalveluja ja tukipalveluja, kotisairaanhoitoa, päiväsairaaloita ja päivähoitokeskuksia sekä kattavia kuntoutuspalveluja. Eläkkeensaajat saavat rahaetuuksia (esim. hoitotukea). Omaishoitajat saavat rahallista tukea kunnalta (vähintään 300 euroa/kk) sekä terveys- ja sosiaalipalveluja (esim. hoidon järjestäminen hoitajan vapaan aikana) kunnan kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti ja hoitosuunnitelman perusteella. Palvelut rahoitetaan kunnan ja valtion verotuloilla sekä potilasmaksuilla (esim. julkisen sektorin pitkäaikaishoidon potilasmaksut ovat tulosidonnaisia ja voivat olla enintään 80 % asiakkaan nettotuloista mutta eivät enempää kuin todelliset kustannukset). Politiikan tavoitteena on parantaa tai pitää yllä vanhusten omatoimisuutta ja terveyttä ja tarvittaessa parantaa pääsyä hoitoon tukemalla itsenäistä asumista kotona

mahdollisimman pitkään. Prioriteetteja ovat ikääntyminen terveenä, kotihoidon parantaminen, oikeuksien ja omatoimisuuden vahvistaminen sekä palvelujen riittävän rahoituksen ja henkilökohtaisen kohtuullisen tulon turvaaminen.

Saatavuus: Raportin mukaan tarjonta ja saatavuus vaihtelevat huomattavasti alueittain ja vain 11,4 prosenttia kaikista yli 75-vuotiaista saa säännöllistä kotipalvelua, kun tavoite on 25 prosenttia. Valtio odottaa, että lisäämällä kansallisen tason ohjeistusta ja kunnille annettavaa valtiontukea voidaan parantaa kotipalveluja, kotisairaanhoitoa, päiväsairaaloita, päivähoitokeskuksia ja osapäivähoitoa. Tämän lisäksi tarjotaan palveluasuntoja (ihmiset asuvat omissa huoneistoissa mutta heille on tarjolla erilaisia palveluja, kuten ateriat, sairaanhoito ja muu apu) ja intervallihoitoa laitoksissa (asiakkailla on vähintään kahdeksan hoitojaksoa vuodessa). Kunnallisen hoidon tarjontaa ja saatavuutta koskevan lainsäädännön (yhdenvertainen kohtelu, syrjimättömyys) täytäntöönpanolla on tarkoitus parantaa hoidon tarjontaa ja hoitoon pääsyä. Viranomaiset pitävät myös kaikkien yli 80-vuotiaiden palvelutarpeen arviointia keinona määritellä hoitosuunnitelma sitä tarvitseville.

Laatu: Laadun parantamiseksi käytössä on valtakunnallisia laatusuosituksia (esim. henkilöstön lukumäärä), tehostettu seuranta sekä hyvien toimintatapojen opas. Potilaiden tarpeiden ja palveluiden laadun mittaamiseksi käytetään enenevässä määrin indikaattoreita. Viranomaiset pyrkivät joustavampiin ja asiakaslähtöisempiin palveluihin (esim. palvelusetelit, moniammatillisen ryhmän laatima yksilöllinen hoitosuunnitelma, hoito äidinkielellä) valintamahdollisuuksien ja tarjonnan lisäämiseksi. Lainsäädännöllä on vahvistettu asiakkaiden oikeuksia. Koska paikallisviranomaiset tarjoavat sekä terveys- että sosiaalipalveluja, raportissa esitetään, että on mahdollista tarjota koordinoitua/integroitua hoitoa. Viranomaiset kannustavat kuntien välistä tiivistä yhteistyötä sekä kuntien ja keskusviranomaisten välistä yhteistyötä ja yhteistyötä kolmannen sektorin organisaatioiden, vapaaehtoistyöntekijöiden ja yritysten kanssa. Erityishuomiota kiinnitetään vanhusten ennaltaehkäisevään hoitoon ja kuntoutukseen.

Rahoituksen kestävyys pitkällä aikavälillä: Ottaen huomioon ikääntymisen vaikutukset (talouspoliittisen komitean ja Euroopan komission ikäsidonnaiset ennusteet (2006) osoittavat, että pitkäaikaishoidon julkiset menot kasvavat 1,8 prosenttiyksikköä BKT:stä vuoteen 2050 mennessä) sekä vähentääkseen ja lykätäkseen sairaala- ja laitoshoitoa viranomaiset toteuttavat erilaisia terveenä ikääntymiseen liittyviä ohjelmia (esim. liikuntapainotteinen terveysohjelma) ja edistävät vanhusten vapaaehtoistyötä. Työntekijöiden pätevyysvaatimuksia on tarkistettu, ja täydennyskoulutuksesta tuli lakisääteistä elokuussa 2005. Erityishuomiota kiinnitetään geriatriseen ja moniammatilliseen koulutukseen. Yksi raportissa esiin tuoduista haasteista on henkilöstön työuupumus.

6. Tulevaisuuden haasteet:

- Edistetään pitkäaikaistyöttömien ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien – erityisesti nuorten, ikääntyvien ja maahanmuuttajien – aktiivista integroitumista, jotta saadaan katkaistua huono-osaisuuden kierre ja ehkäistyä uutta syrjäytymistä.
- Käsitellään alkoholin ja huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvää syrjäytymistä ja muita sosiaalisia ongelmia.
- Väestön ikääntyessä kohotetaan työllisyysastetta ikähaitarin molemmista päistä ja varmistetaan erityisesti, että hiljattaiset eläkeuudistukset vaikuttavat ikääntyvien työllisyysasteen kohoamiseen ja edistävät näin eläkkeiden riittävyyttä ja kestävyyttä.
- Vähennetään alueellisia eroja palvelujen saamisessa, lyhennetään odotusaikoja ja parannetaan kotihoidon tarjontaa.

- Parannetaan järjestelmän tehokkuutta korostamalla perus- ja avohoitoa sekä palvelujen alueellista keskittämistä ja edistetään terveyttä ottamalla terveysnäkökohdat huomioon kaikessa politiikassa.

Finland: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	5.0	114.0
2002	1.6	114.7
2004	3.5	110.8
2006	4.9f	113.1f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	67.2	70.1	64.2	41.1	41.6
2002	68.1	70,0	66.2	40.7	47.8
2004	67.6	69.7	65.6	39.4	50.9
2005	68.4	70.3	66.5	40.5	52.7

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	9.8	9.1	10.6	21.4
2002	9.1	9.1	9.1	21,0
2004	8.8	8.7	8.9	20.7
2005	8.4	8.2	8.6	20.1

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality rate
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	72.8	80.2	14.5	18.6	na	na	3.9
2000	74.2	81,0	15.5	19.3	56.3	56.8e	3.8
2004	75.3sp	82.3sp	16.5sp	20.5sp	57.3e	56.5e	3.3

s:Eurostat etsimate; p: provisional

WHO	Total health exp %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. Covered by PHI** % of pop
1995	7.5	75.6			
2000	6.6	75.1	20.4		
2004	7.5	76.8	19		

*THE: Total health exp.

* Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	31.4	32.8	20.9	14.4	13.4	3.6	15
2000	25.1	35.8	23.8	10.5	12.5	3.5	13.9
2004	26.7	36.9	25.5	9.8	11.5	3.1	13.2

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long - term care
2005	23.7	25.4	10.7	5.6	1.7
2010	25.4	0.2			
2030	45	4.7	3.3	1.1	1.2
2050	46.7	5.2	3.1	1.4	1.8

Finland: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk- of- poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	12	10	24	11	18	14	11	14	17	10	**Total**	3.6
Male	11	-	22	11	11	15	-	16	18	9	**Male**	-
femal	13	-	26	10	23	13	-	13	17	11	**Female**	-

	People living in jobless households: Children	% of people aged 18-59*				Long-term Unemployment rate: % of people aged 15-64				Early school-leavers: % of people aged 18-24		
	Total	Total	Male	Female		Total	Male	Female		Total	Male	Female
1999	na	na	na	na	**1999**	3,0	3.2	2.8	**1999**	9.9	12,0	7.9
2004	5.7	11,0	11.2	10.9	**2004**	2.1	2.3	2.0	**2004**	8.7	10.6	6.9
2006	6.6p	10.5p	11.0p	10.0p	**2005**	2.2	2.4	1.9	**2005**	9.3	11.3	7.3

**: excluding students; p: provisional*

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.748	0.811	0.712	***Aggregate replacement ratio***	0.46	0.455	0.459

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050)						*Assumptions*					
Net	*Gross replacement rate*					Coverage rate (%)			Contribution rates		
									Statutory pensions (or social security)	Occupational & voluntary pensions	
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions			Current estimate (2002)	Assumption
	-4	-4	DB			100			21.6		

**(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

SVERIGE

Sveriges regering rapporterar att den efter riksdagsvalet den 17 september 2006 avser att lägga fram en uppdatering av sin nationella rapport om strategier för socialt skydd och social integration. Denna landsrapport har utarbetats på grundval av den rapport som lades fram den 15 september 2006. Som när det gäller övriga länder bör rapporten läsas tillsammans med analysen i den årliga lägesrapporten inom Lissabonprocessen.

1. Dagens situation och tendenser

Det går bra för den svenska ekonomin – BNP ökade med 4,1 % 2004 och förväntas öka med 4,0 % under 2006. Efter flera års tillväxt utan nya arbetstillfällen verkar det nu som om sysselsättningen kommer att öka. Med en total förvärvsfrekvens på 72,5 % och hög sysselsättning bland kvinnor (70,4 %) och äldre arbetstagare (69,4 %) är sysselsättningen i Sverige fortfarande bland de högsta i EU. Arbetslösheten motsvarar nästan EU-genomsnittet och är särskilt hög bland ungdomar och invandrare. Långtidsarbetslösheten är fortfarande låg (1,2 %), men ungdomsarbetslösheten är oroväckande hög (22,6 %[106]). Andelen ungdomar som slutar skolan i förtid är fortfarande lägre i Sverige (11,7 %) än i EU som helhet (där genomsnittet är 15,1 %), men den är högre än det mål som ska uppnås senast 2010. Fattigdomsrisken är generellt låg i Sverige (9 % 2004) och inkomstskillnaderna relativt små (3,3). Skillnader finns dock mellan olika grupper. Ungdomar i åldern 18–24 år och kvinnor över 65 år löper betydligt högre risk att drabbas av fattigdom (25 respektive 14 %). Sverige har fortfarande de högsta utgifterna för socialt skydd i förhållande till BNP (32,9 % 2004). Den förväntade livslängden vid födseln (78,4 år för män och 82,7 år kvinnor 2004) är relativt hög[107]. Den har ökat med ungefär 1,5 år under det senaste årtiondet (76,2 respektive 81,4 år 1995). Den återstående livslängden vid 65 års ålder var 17,4 år för män och 20,6 år för kvinnor 2004. Enligt prognoserna är den demografiska utvecklingen mer gynnsam i Sverige än i de flesta EU-medlemsstater: försörjningsbördan för äldre kommer att öka från 26 % 2004 till 41 % under perioden fram till 2050 (medan genomsnittet för EU-25 kommer att öka från 25 % till 52 %). Även den perinatala dödligheten är låg (5,2 % 2003) och har sjunkit stadigt sedan 1960 (25,4 %). Statistiken ger i allmänhet en positiv bild, men den svenska nationella strategiska rapporten 2006 visar att det finns vissa tecken på försämrad folkhälsa: övervikt blir vanligare i alla åldrar, den alkoholrelaterade dödligheten ökar i vissa regioner och allt fler mår psykiskt dåligt.

2. Gemensam övergripande strategi

För att skapa social sammanhållning bygger det svenska välfärdsystemet fortfarande på principen om bibehållen inkomst, som syftar till att ge människor en rimlig levnadsstandard under perioder av sjukdom, arbetslöshet, föräldraskap eller ålderdom. I den svenska rapporten anges en rad olika sociala situationer där förbättringar behövs. Där ges också en ganska omfattande förteckning över planerade politiska åtgärder för de kommande två åren. De prioriteringar som gjorts i rapporten är i linje med de utmaningar som Sverige står inför. Dessutom ges en bred förteckning över åtgärder från vårpropositionen 2006 och tidigare propositioner, dock utan prioriteringar. Det är därför svårt att veta vad som prioriteras högst. De viktiga utmaningarna i rapporten är, liksom i tidigare rapporter, att bekämpa fattigdom och social utestängning och att öka arbetskraftsutbudet och antalet arbetade timmar. Det

---

106 Preliminära uppgifter.

107 2003 var EU-genomsnittet 75,1 år för män och 81,2 år för kvinnor.

övergripande målet är att öka sysselsättningen till 80 % (för åldersgruppen 20–64 år) och att minska arbetslösheten till 4 %. Tanken var ursprungligen att sysselsättningsmålet skulle uppnås 2004, men detta har ändrats till snarast möjligt. Regeringen har också ställt upp ett mål om att antalet sjukdagar ska halveras mellan 2002–2008, samtidigt som antalet personer som beviljas sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) ska minska. Vissa framsteg har gjorts på detta område, men antalet personer med invaliditetsförmåner ökar fortfarande. Denna utveckling förväntas dock kulminera i år.

Kopplingen till Lissabonstrategin är tydlig och strategierna kompletterar varandra. De mindre gynnade grupper på arbetsmarknaden som lyftes fram i förra årets nationella reformprogram prioriteras även i rapporten för socialt skydd och social integration. Det framhålls att förhållandet mellan den ändrade Lissabontrategin och sättet att tillämpa den öppna samordningsmetoden på det sociala området måste vara ömsesidigt. Den svenska regeringen genomförde i vanlig ordning ett brett samråd i samband med utarbetandet av den strategiska rapporten. Försäkringskassan har en viktig funktion när det gäller att minska antalet sjukdagar, medan AMS ansvarar för den aktiva arbetsmarknadspolitiken. När det gäller jämställdhetsintegrering, jämställdhet och politikens lämplighet för att främja jämställdhet ser läget positivt ut. Jämställdhetsintegrering tillämpas generellt på kvinnor och män – inbegripet invandrare – men i mindre utsträckning när det gäller ungdomar och funktionshindrade. Här finns det således utrymme för förbättringar.

3. Social integration

3.1 Viktiga utvecklingstendenser

Fattigdomsrisken är totalt sett låg i Sverige (9 % 2004 jämfört med 16 % i EU). Det kommer knappast som någon överraskning att en närmare analys visar att det är vanligare att enpersonshushåll drabbas av fattigdom än att hushåll med två vuxna gör det (19 respektive 5 %).

En viktig insats under de senaste åren har varit att öka antalet personer i högre utbildning. Arbetsmarknadssituationen för unga akademiker har dock förvärrats under de senaste åren och arbetslösheten inom denna grupp ökar. Ännu mer slående är det växande problemet med fattiga studerande (21,4 % 2000 och 32,3 % 2004).[108] Arbetslösa akademiker har en svår situation på grund av de stränga reglerna för återbetalning av studielån. En konsekvens av detta är att färre söker till högskoleutbildningar, vilket har lett till att målet att 50 % i varje kohort ska ha högskoleutbildning verkar mer avlägset idag än för ett år sedan.

Generellt gäller att personer som inte deltar på arbetsmarknaden, t.ex. arbetslösa, pensionärer och andra som står utanför arbetskraften, löper mycket större risk att drabbas av fattigdom (26, 14 respektive 24 %), jämfört med genomsnittet (9 %). Även för ensamstående, särskilt kvinnor och ensamföräldrar, är risken större (19, 20 respektive 18 %). Bland invandrare, särskilt nyanlända, är fattigdomsrisken mycket högre än bland infödda svenskar (18,9 respektive 6,9 %).[109]

---

108 Nationella uppgifter från inkomstfördelningsundersökningen 2004. Lägg märke till att "studerande" inte enbart avser högskolestuderande.

109 Nationella uppgifter från inkomstfördelningsundersökningen 2004 (nationell ekvivalensskala).

Sysselsättningen är mycket lägre bland invandrare och utlandsfödda medborgare än bland infödda svenskar. Enligt nationella uppgifter var förvärvsfrekvensen bland utlandsfödda medborgare 61,6%, jämfört med 76,1 % för infödda svenskar (2005).

3.2 Viktiga utmaningar och prioriteringar

Den svenska samhällsmodellen kännetecknas av en allmän välfärdspolitik och en aktiv arbetsmarknadspolitik. De övergripande målen för perioden 2006–2008 är att skapa nya arbetstillfällen, att minska ohälsan i arbetslivet, att förbättra äldreomsorgen, att öka tillgängligheten för funktionshindrade i samhället, att motverka hemlöshet, att öka integrationen, att skapa de förutsättningar som krävs för att människor ska kunna stanna kvar längre i arbetslivet samt att stärka jämställdheten. Den svenska regeringen har fastställt fyra prioriteringar: att främja arbete och utbildning för alla, att öka integrationen, att garantera ett rimligt boende och motverka hemlöshet samt att stödja särskilt utsatta grupper.

Det råder stor överensstämmelse mellan den gemensamma rapporten från 2006 och den svenska strategiska rapporten. De fyra prioriterade områdena motsvarar de utmaningar som fastställdes i den gemensamma rapporten från 2006. Europeiska socialfondens bidrag anförs som en möjlig finansieringskälla för åtgärder mot social utestängning under nästa programplaneringsperiod, särskilt när det gäller att integrera mindre gynnade grupper och minska antalet långtidssjukskrivna. Europeiska socialfondens budget är dock relativt låg jämfört med de totala utgifterna på detta område.

3.3 Politiska åtgärder

Att främja arbete och utbildning för alla är det område som den svenska regeringen prioriterar högst när det gäller att bekämpa social utestängning och fattigdom. Alla barn har rätt att gå i förskola minst 15 timmar i veckan från och med höstterminen det år de fyller fyra år, och det finns ett utgiftstak för barnomsorgen. Regeringen har gjort åtaganden för att utöka personalen i skolor och för att förbättra kvaliteten. Ökad uppmärksamhet ägnas också åt elever med oavslutade årskurser i primärskolan eller sekundärskolan. Regeringen har nyligen antagit ett omfattande sysselsättningspaket som innebär att ytterligare 55 000 personer (dvs. 1 % av arbetskraften) kommer under 2006 och 2007 att omfattas av aktiva arbetsmarknadsåtgärder i form av arbete eller praktikplats. I linje med de utmaningar som Sverige står inför har man valt att inrikta sig på mindre gynnade grupper på arbetsmarknaden som vissa invandrargrupper, funktionshindrade, långtidsarbetslösa och långtidssjukskrivna. Insatserna för att ge funktionshindrade möjlighet till förvärvsarbete har också förbättrats. Regeringen fortsätter också sina insatser för att minska antalet sjukskrivna och se till att de som varit sjukskrivna kommer tillbaka på arbetsmarknaden. De föreslagna åtgärderna verkar omfattande, men vad som eftersträvas är en bättre balans mellan åtgärder på utbudssidan respektive på efterfrågesidan.

Det är främst kommunerna, AMS och Försäkringskassan som har ett gemensamt ansvar för att genomföra de politiska åtgärderna inom det första prioriterade området. Enligt förslaget till Sveriges nationella strategiska referensram för strukturfonderna kommer Europeiska socialfonden att spela en aktiv roll på detta område under perioden 2003–2007.

Att öka integrationen är det andra prioriterade området i den svenska strategiska rapporten, och syftet är att hjälpa människor att delta i samhället, få en egen inkomst, skydda de demokratiska rättigheterna, verka för lika möjligheter för kvinnor och män och förebygga rasism och etnisk diskriminering. Integrationsarbetet kommer att innebära ökade anslag till

kommunerna under de kommande åren, så att de kan rekrytera lärare med särskilda språkkunskaper till starkt segregerade områden för att minska andelen barn och ungdomar med oavslutade årskurser i primärskolan. Med tanke på den allt större andelen elever som lämnar skolan i förtid och den höga arbetslösheten bland ungdomar är detta ett positivt steg. AMS kommer också att ges ökade resurser för att förbättra integrationen på arbetsmarknaden. Man kommer dessutom att prioritera åtgärder för att bekämpa diskriminering på detta område. Under de kommande åren kommer särskilda integrationsåtgärder också att vidtas i stadsområden (med stöd från Europeiska socialfonden). Med tanke på invandrarnas relativt sett höga fattigdomsrisk och låga förvärvsfrekvens är det ytterst viktigt att integrationen av invandrare förbättras, för att uppnå målen för ökat arbetskraftsutbud.

Att garantera ett rimligt boende och motverka hemlöshet är det tredje prioriterade området i den svenska strategiska rapporten. Regeringen har utsett en nationell samordnare som senast i slutet av 2007 ska lägga fram förslag om vilka åtgärder som kan vidtas för att förbättra ungas boendesituation. För att motverka hemlöshet har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utarbeta metoder för kartläggning av hemlöshet. En stor andel hemlösa är missbrukare eller har psykiska funktionshinder; för den sistnämnda gruppen har personliga ombud en viktig funktion när det gäller att representera dem t.ex. i kontakterna med myndigheter. Regeringen har reserverat ett anslag på ca 3,5 miljoner euro per år för 2007 och 2008 för att motverka hemlöshet. Dessutom har nära 11 miljoner euro anslagits för att se till att människor med psykiska funktionshinder får personliga ombud. Den svenska regeringen anser att samhällets insatser för att förhindra att familjer blir hemlösa måste förbättras och att detta bör ske genom ett förbättrat samarbete mellan berörda aktörer. Detta är ett mycket viktigt område men det behandlas mindre utförligt än de övriga, särskilt när det gäller ungas boendesituation. Det återstår att se vilka slutsatser som den nationella samordnaren drar av detta.

Det fjärde och sista prioriterade området i den svenska rapporten är att stödja särskilt utsatta grupper. När det gäller ungdomar kommer försöksverksamhet att pågå i tre år för att utveckla och testa en förstärkt vårdkedja inom ungdomsvården. Syftet är att tillhandahålla specialistvård vid särskilda ungdomshem för ungdomar när deras hälsa och utveckling är allvarligt hotad på grund av missbruk eller kriminalitet. Kontaktpersoner ska utses för dessa ungdomar. Omkring 250 miljoner euro har anslagits för detta projekt. Regeringen kommer också att hålla fast vid sitt åtagande för att förbättra missbrukarvården. Insatser för att hjälpa våldsutsatta kvinnor och barn kommer att ges ökade resurser, ca 11 miljoner euro per år från och med 2006. Stödet till missbrukare som dessutom har psykiska funktionshinder kommer också att öka under 2005 och 2006. Det är kommunerna som har huvudansvaret för att vidta politiska åtgärder för att ge invånarna det stöd och den hjälp som behövs. Denna prioritering skulle kunna vidareutvecklas, t.ex. för att ta med åtgärder som rör situationen för dem som nyligen fått uppehållstillstånd och den senaste tidens utveckling mot allt fler fattiga studerande.

3.5 Styrning

De flesta berörda parter verkar ha deltagit i utarbetandet av den svenska strategiska rapporten. Riksdagen har dock inte yttrat sig, vilket har kritiserats av nätverket med icke-statliga organisationer (NGO). Detta nätverk består av ett stort antal frivilligorganisationer där också arbetsmarknadsorganisationerna deltar. Utöver regelbundna överläggningar med regeringen har de icke-statliga organisationerna också redogjort för sina prioriteringar i en av de tre bilagorna till den nationella strategiska rapporten, dock utan att komma med konkreta förslag på hur de skulle kunna bidra. De statliga myndigheterna och Sveriges Kommuner och Landsting har också beretts möjlighet att delta i informationsmöten om utarbetandet av den

nationella strategiska rapporten. Arbetsmarknadens parter har fått information genom regelbundna möten med socialministern. Det är dock oklart hur detta har påverkat den nationella strategiska rapporten. De flesta av de åtgärder som behandlas i rapporten genomförs på statlig nivå. Staten övervakar genomförandet av åtgärder med hjälp av reguljära instrument.

4. Pensioner

2004 hade äldre ungefär samma levnadsstandard som befolkningen i allmänhet (80 %). Fattigdomsrisken är dock högre något bland äldre människor (11 %) än för befolkningen under 65 år (skillnaderna mellan könen är dock stora: 6 % för män och 14 % för kvinnor).

I hållbarhetsrapporten från 2006 betecknas Sverige som ett lågriskland när det gäller hållbarheten i de offentliga finanserna. Det svenska allmänna pensionssystemet kommer sannolikt inte att utsättas för kraftigt tryck på grund av befolkningens åldrande. Enligt prognoser från 2005 från arbetsgruppen för frågor som rör befolkningens åldrande förväntas de offentliga utgifterna för pensioner att öka mycket långsamt fram till 2050 (endast med 0,6 procentenheter). Ersättningsnivån i en viss ålder förväntas minska under de kommande årtionendena på grund av den ökade förväntade livslängden. Enligt prognoserna från undergruppen för indikatorer skulle en arbetstagare som går i pension vid 65 års ålder efter att ha arbetet i 40 år få en betydligt lägre nettoersättningsnivå – en minskning från 71 % 2005 till 57 % 2050 (från 68 % 2005 till 56 % 2050 brutto; däri ingår tjänstepensioner som omfattar ungefär 90 % av arbetskraften). Kohorter som går i pension 2050 skulle därför behöva arbeta i ytterligare ca fyra år för att få samma ersättningsnivå som de som går i pension 2005.

I den gemensamma rapporten från 2006 betonas att Sverige har lyckats skapa ett allmänt pensionssystem som är både adekvat och ekonomiskt hållbart, förutsatt att de enligt prognoserna lägre ersättningsnivåerna kompenseras genom ett senare utträde från arbetsmarknaden. Sverige har skapat ett ekonomiskt hållbart pensionssystem genom automatiska justeringar och en reservfond som inrättades i början av 1960-talet. Tjänstepensionerna bidrar också i betydande utsträckning, eftersom de omfattar ca 90 % av de anställda och vanligen ger en extra inkomst som motsvarar ungefär 10–15 % av en persons slutlön.

Det svenska pensionssystemet tillhandahåller utförlig information (t.ex. genom utskick av årliga besked om ackumulerat pensionskapital och beräknade framtida pensionsrättigheter. I rapporten från 2006 noteras dock potentiella kunskapsluckor som kräver långsiktiga insatser. Försäkringsteknisk neutralitet i de lagstadgade systemen och möjligheten till flexibel pensionering kan visserligen motverka att arbetstagarna pensionerar sig tidigt men vissa möjligheter till ett tidigt utträde från arbetsmarknaden håller på att utvecklas, särskilt genom sjukledighet och invaliditetsförmåner. Tjänstepensionernas utformning skulle dock kunna bättre stödja ett längre yrkesliv, särskilt för tjänstemän.

5. Hälso- och sjukvård och långtidsvård

5.1. Hälso- och sjukvård

Beskrivning av systemet: Hälso- och sjukvården i Sverige är organiserad på tre nivåer. På nationell nivå fastställs politiska mål och mekanismer för överföring av medel. Landstingen ansvarar för att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård, och kommunerna har skyldighet att tillhandahålla vissa hälso- och sjukvårdstjänster för funktionshindrade och äldre. Landstingen och kommunerna tar ut skatt för att finansiera hälso- och sjukvården och deras självständighet innebär att tjänsterna kan organiseras och prioriteras olika i olika delar

av landet. Hälso- och sjukvården finansieras till största delen via skatterna och tillhandahålls av offentliga vårdgivare: vårdcentraler, sjukhus och apotek. Läkarna, främst vid vårdcentraler, fungerar som "grindvakter" när det gäller att remittera patienter för specialistvård, vanligen på allmänna sjukhus. Vissa privata vårdgivare är anslutna till landstingets återbetalningssystem för vårdgivare. Öppenvård, sjukhusvård och receptbelagda läkemedel tillhandahålls vanligen mot enbart patientavgifter.

Patientavgifternas storlek beror på vilken typ av förmån det gäller. För vissa åldersgrupper tillhandahålls hälso- och sjukvård och tandvård kostnadsfritt. Högkostnadsskydd tillämpas generellt, men regler och maxbelopp kan variera mellan olika landsting.

Tillgång: Flera initiativ för ökad tillgång och kortare väntetider (t.ex. en nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården) har tillkommit under den senaste tiden. Patienterna har idag större frihet när det gäller att söka vård i ett annat landsting än där de är bosatta, och databaser utvecklas för att göra det möjligt att jämföra väntetider. Sedan 1997 finns en vårdgaranti som innebär att landstingen måste tillhandahålla hälso- och sjukvård inom vissa tidsramar. Idag skall landstingen tillhandahålla planerad behandling inom 90 dagar efter läkardiagnos. Patientavgifterna kan leda till att människor inte söker vård när de behöver – en märkbar utveckling inom tandvården under de senaste åren. För att motverka att patientavgifterna begränsar tillgången tillhandahålls hälso- och sjukvård och tandvård kostnadsfritt för vissa åldersgrupper, och för andra åldersgrupper har utgiftstak införts. 2004 var hushållens egna utgifter (som en andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna) ca 13,4 % 2004 (jämfört med 16,7 % i EU). Att tillgången till psykiatrisk vård har försämrats under de senaste åren har blivit en alltmer omdiskuterad fråga i den offentliga debatten i Sverige. Detta ledde till att en nationell samordnare tillsattes 2003.

Kvalitet: Socialstyrelsen och landstingen ansvarar för övervakning, uppföljning och utvärdering av landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård genom utarbetande av normer och riktlinjer, övervakning och kunskapsutveckling. Socialstyrelsen är också en viktig referens när det gäller nya åtgärdsförslag. De 21 landstingen ansvarar för övervakning, uppföljning och utvärdering på regional nivå. Socialstyrelsen har till uppgift att utarbeta nationella kvalitetsindikatorer. Yrkesverksamma inom hälso- och sjukvårdsområdet har byggt upp nationella kvalitetsregister med patientuppgifter om diagnos, behandling och resultat för att följa upp olika behandlingar för stora sjukdomar. Idag finns 57 sådana register.

Långsiktig hållbarhet: Sveriges totala hälso- och sjukvårdsutgifter (9,5 % av BNP och 2 875 PPP$ per capita 2004) var högre än EU-genomsnittet (8,87 % respektive 2376,33) och är de sjätte högsta i EU som andel av BNP. Dessa utgifters andel av BNP var 9,2 % under perioden 1980–1983 och minskade till 8,2 % under perioden 1990–1997l, för att sedan öka på nytt. De offentliga utgifternas andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna minskade stadigt från 92 % 1980 till 85,4 % 2004. De offentliga utgifterna för hälso- och sjukvården har ökat från 7,1 % av BNP 1998 till 8,1 % 2004. Enligt prognoser från kommittén för ekonomisk politik och EU 2006 kommer de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna att öka med 1,0 procentenhet av BNP under perioden fram till 2050 på grund av befolkningens åldrande. Den nationella prognosen är dock 1,3 %. I den svenska rapporten anges att det är nödvändigt att fortsätta omstrukturera hälso- och sjukvården för att förbättra kvaliteten, produktiviteten och effektiviteten. Detta bör ske exempelvis genom ökad användning av öppenvårdskirurgi, snabbare införande av genuina innovationer inom medicin och snabbare utfasning av mindre lämpliga behandlingar efter en rättvis utvärdering. Mer kostnadseffektiv användning av läkemedel bör främjas. Generisk substitution, dvs. att apoteken byter ut dyrare läkemedel mot billigare, infördes 2002 och har lett till betydande kostnadsbesparingar med jämförbara

behandlingsresultat. I den svenska rapporten från 2005 konstateras att snabba åtgärder måste vidtas för att motverka utvecklingen i riktning mot försämrad folkhälsa i syfte att undvika risken för ökade kostnader i framtiden. Där anges också att förebyggande och hälsofrämjande insatser införlivas i hälso- och sjukvårdssystemet, så att man vid vanliga läkarbesök försöker stödja patientens egna insatser för att förebygga sjukdom genom t.ex. livsstilsförändringar.

5.2. Långtidsvård

Beskrivning av systemet: Sveriges 290 kommuner har lagstadgad skyldighet att tillgodose funktionshindrade personers och äldres behov när det gäller sociala tjänster och boende. Kommunernas självständighet innebär att tjänsterna kan organiseras och prioriteras olika i olika delar av landet. En bedömning görs av individens hjälpbehov i förhållande till inkomsten (dock ingen inkomstprövning). Enligt den nationella äldre- och handikappolitiken ska dessa båda grupper ges möjlighet till ett självständigt liv och eget boende så länge detta är möjligt.

Tillgänglighet: Äldre- och handikappomsorgen har genomgått en omfattande omstrukturering under de senaste 15 åren. Utvecklingen har gått i riktning mot minskat institutionsboende, och eget boende (ibland med särskild anpassning) med stöd i hemmet har blivit allt vanligare. Hemsjukvården behöver förbättras och byggas ut ytterligare, och det krävs bättre samordning mellan landstingen och kommunerna. Demensvården måste också förbättras genom ökad integrering av tjänster och utbildning. Omstruktureringen och nedmonteringen av institutionsvården har på vissa håll lett till platsbrist inom institutioner och särskilt boende och därmed långa väntetider. Mer detaljerad statistik krävs för att kontrollera om hemsjukvården faktiskt når ut till dem som behöver vård i hemmet.

Kvalitet: Lagstiftningen om äldreomsorgen har ändrats för att skapa rättslig säkerhet för dem som behöver omsorgstjänster, särskilt när det gäller den institutionsvård som kommunerna tillhandahåller. Kunnig och engagerad personal är en förutsättning för hög kvalitet inom vård och omsorg. Två tidigare initiativ, Kompetensstegen och Utbildningsvikariat, stödde utvecklingen av lokal grundläggande utbildning och fortbildning för vårdpersonal. En studie planeras i syfte att lägga fram förslag till ett nationellt system för yrkeskvalifikationer, utbildning och fortbildning för vårdpersonal samt föreslå åtgärder som stärker personalrekryteringen i framtiden.

Långsiktig hållbarhet: Äldreomsorgens långsiktiga hållbarhet är beroende av sunda offentliga finanser och ett högt arbetskraftsdeltagande för att finansiera omsorgsbehoven enligt prognoserna. Den nationella handlingsplanen för äldreomsorgen från 2005 omfattar insatser som är inriktade på stöd till kommunernas och landstingens utvecklingsarbete för att förbättra tjänsternas kvalitet och öka effektiviteten. Socialdepartementet utarbetar en studie om långsiktiga behov och utgifter för omsorgen, även äldreomsorgen. Mellan 2000 och 2004 ökade de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna för åldersgruppen över 65 år 1,5 gånger mer än antalet personer i denna grupp. Endast landstingens utgifter ökade, medan kommunernas utgifter minskade. Enligt prognoser från kommittén för ekonomisk politik och EU 2006 kommer de offentliga utgifterna för långtidsvården att öka med 1,8 procentenheter av BNP under perioden fram till 2050 på grund av befolkningens åldrande (från 3,8 % av BNP 2004). Den nationella prognosen är dock 2,9 procentenheter.

6. Kommande utmaningar

- Fortsatt satsning på aktiv integration av fler människor på arbetsmarknaden genom åtgärder för att motverka den fortfarande stora sysselsättningsklyftan mellan invandrare och infödda svenskar och den oroväckande höga ungdomsarbetslösheten.

- Ytterligare tonvikt vid övergångar från sjukskrivning – inbegripet det stora antalet personer som får sjuk- och aktivitetsersättning – till arbetsmarknadsdeltagande.

- Fortsatta åtgärder för att motverka ett tidigt utträde från arbetsmarknaden genom sjukfrånvaro och förtidspension och för att övervaka resultatet av pensionsreformerna.

- Befolkningsutvecklingen kräver inte bara en starkt rationaliserad och effektiviserad organisation av vård och omsorg och ett ökat samarbete mellan olika vårdgivare, utan även en omfattande omorganisation av de politiska och administrativa instanser som ansvarar för vård och omsorg.

- Snabba åtgärder för att motverka den försämring av folkhälsan som skett under den senaste tiden i syfte att undvika risken för ökade kostnader i framtiden.

Sweden: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	4.3	118.8
2002	2.0	113.7
2004	4.1	115.4
2006	4.0f	116.1f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	73,0	75.1	70.9	42.2	64.9
2002	73.6	74.9	72.2	42.8	68,0
2004	72.1	73.6	70.5	39.2	69.1
2005	72.5b	74.4b	70.4b	38.7b	69.4b

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	5.6	5.9	5.3	10.5
2002	4.9	5.3	4.6	11.9
2004	6.3	6.5	6.1	16.3
2005	7.8p	7.9p	7.7p	22.6p

*:Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; **: GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast; b: break in series; p: provis ional

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	76.2	81.4	16.0	19.6	n.a	n.a	4.1
2000	77.4	82.0	16.7	20.0	63.1	61.9	3.4
2004	78.4sp	82.7sp	17.4sp	20.6sp	62.5e	62.2e	3.1

WHO	Total health exp. %GDP	Public health Exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop.	Pop. covered by PHI** % of pop
1995	8.1	86.6			
2000	8.4	84.9	13.8	100	n.a.
2004	9.5	85.4	13.4		

s: Eurostat estimate; p: provisional

*THE: Total Health Expenditures

**PHI: Private Health Insurance

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	34.3	37.4	22	10.8	11.4	6.2	12.2
2000	30.7	39.4	27	7.1	9.3	4.5	12.8
2004	32.9	40.1	25.4	6.2	9.6	3.9	14.8

* including administrative costs

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since2004			
		Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	26.4	29.6	10.6	6.7	3.8
2010	28.0	-1.4			
2030	38.5	1.3	0.4	0.7	1.1
2050	40.9	2.2	0.6	1.0	1.7

Sweden: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk-of-poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64*	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	9	9	9	9	11	19	17	19	23	10	**Total**	3.3
Male	9	-	9	9	6	20	-	23	26	9	**Male**	-
femal	10	-	10	8	14	17	-	17	20	11	**Female**	-

* break in series

	People living in jobless households: Children	% of people aged 18-59*		
	Total	Total	Male	Female
1999	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2004	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2006	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

	Long-term unemployment rate (% of people aged 15-64)		
	Total	Male	Female
1999	1.9	2.2	1.4
2004	1.2	1.4	1.0
2005	1.2p	1.4p	1.0p

	Early school-leavers (% of people aged 18-24)		
	Total	Male	Female
1999	7.7	9.2	6.2
2004	8.6	9.3	7.9
2005	11.7b	12.4b	10.9b

: excluding students; p: provisional; b: break in series

SILC income 2004	Total	Male	Female	SILC income 2004	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.797	0.865	0.754	***Aggregate replacement ratio***	0.581	0.605	0.543

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050): Net: Total	Gross replacement rate: Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Assumptions: Coverage rate (%): Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions		Contribution rates: Statutory pensions (or social security)	Occupational & voluntary pensions: Current estimate (2002)		Assumption
-15	-12	-13	NDC/DC	1	DB	100	90		17.2	13.7		13.7

** (DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*

UNITED KINGDOM

1. Situation and key trends

In 2005 UK GDP growth slowed to 1.9%, although forecasts for 2006 estimate an increase in GDP growth to 2.7%. Employment rates continue to grow, albeit modestly, and the UK exceeds all quantitative Lisbon targets on employment. Total employment in 2005 stood at 71.7% (male employment of 77.6% and female employment 65.9%). Employment amongst those aged 15-24 (54%) and employment amongst those aged 55-64 (56.9%) are both above EU averages. Unemployment remains stable at 4.8% (2005), yet the number of people living in jobless households continues to give cause for concern: 10.7% of 18-59 year-olds excluding students (EU25=10.2%) and 16.2% of children (EU25=9.6%); in this context it should be noted, however, that the UK has a high number of one-person, or one-adult households. Furthermore, whilst overall activity rates compare favourably with EU averages (75.3% as against 70.2% for the EU-25 in 2005), the number of people inactive because of poor health continues to be a key concern for the UK government. However, it is starting to fall and is now the focus of major labour market reform. In 2004, at 19%, the at-risk-of-relative-poverty rate[110] remains 2% points higher than the EU average. According to SILC provisional data, at-risk-of-poverty rates are particularly high amongst those under 18 (22%) and over 65 (27% in total, rising to 29% for women), but according to national data the rates for both groups have improved considerably in recent years.

The UK faces similar demographic trends to most EU Member States: the old-age dependency ratio (24% in 2005) is broadly in line with the EU average; and projections estimate that increases in the UK dependency ratio (to 45% in 2050) will be at a slower rate than the EU average. Life expectancy (76.3 for males and 81.1 for females in 2004) is above the EU average for males and below the EU average for females, showing a increase of two years since 1995 (74.0 and 79.2). Healthy life expectancy (61.5 and 60.9 in 2004) is well below the EU average, by about 3 years for males and 5 years for females. Infant mortality, at 5.1 deaths per 1,000 live births (2004), remains above the EU average of 4.5, but much reduced from 18.5 in 1970. Gross social protection expenditure was equal to 26.3% of GDP in 2004; there has been a steady net downward trend in expenditure as a proportion of national income, but that masks significant variation in the component parts of spending, e.g. as the number of people unemployed has fallen, consequent total expenditure on unemployment benefit has fallen. Total age-related social protection expenditure is projected to grow from its current level (19.6% GDP) by an extra 4 percentage points by 2050.

2. Overall strategic approach

The UK adopts a multifaceted approach to combating poverty and social exclusion founded on a principle of 'work for those who can and support for those who cannot'. Work is seen as

110 Following the implementation of EU-SILC in 2005, the values of all income based indicators (at-risk-of poverty rates, S80/S20, aggregate replacement ratio, etc for income year 2004) cannot be compared to the data presented in previous years, the year to year differences that can be noted are therefore not significant. During the transition to the new EU harmonised and comparable source SILC (see methodological note) the data used was based on the national family resources survey that was not fully compatible with the SILC methodology based on detailed income data. The EU-SILC data for the UK is provisional.

the primary route out of poverty and to strengthen social cohesion, and many of the UK's initiatives are rooted in activation measures, facilitating access to the labour market, and providing financial incentives to work. Measures are often tested in small areas before being rolled out to a wider population. In its National Report the UK identifies its key challenges as: maintaining a positive economic situation; ensuring access to employment; tackling child poverty; ensuring access to services; and tackling discrimination. Priorities for action stem directly from these challenges, chief amongst which is the commitment to eradicate child poverty. To this end the UK plans to intervene in favour of disadvantaged children and young people in order to break the transfer of poverty from one generation to the next. There is a strong correlation between the approaches set out in the UK's Lisbon National Reform Programme and the National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion and a clear commitment to involving stakeholders in the development of policies that will affect them. Perhaps less clear is how inequalities in British society are being addressed and social cohesion achieved.

3. Social inclusion

3.1 Key trends

In 2004, according to SILC provisional data, the overall poverty rate of 19% of the total population remained above the EU average (16%). However, according to national data, it has improved slightly over recent years. Progress in reducing the proportions at risk of poverty can be noted, particularly with regard to pensioners and children. It is clear that additional resources targeting these groups are now beginning to take effect. Whilst the government's own targets on child poverty reduction were narrowly missed in 2004/5 significant progress has been made, with 700 000 fewer children at risk of poverty than in 1998/99 (national data). Nonetheless, ambitious targets for future years are unlikely to be realised without sustained extra effort and resources. NEET (young people not in education, employment or training) are likely to stay a particular focus of government efforts in the UK. Other groups such as disabled people, jobless lone parents, certain ethnic minorities and people living in areas of high deprivation continue to exhibit high at-risk-of-poverty rates.

The net income of jobless social assistance recipients is roughly equivalent to the poverty threshold, with lone parents better off as a result of transfers than single people or couples with children. The long-term trend shows a reduction in the proportion of jobless households, although this remains above the EU average and has slowed in recent years (for households with children the proportion continues to decline at a steady pace). Reductions in the employment gaps for some at-risk groups have been evident in recent years, most notably lone parents where the employment rate has increased by 11.3 percentage points since 1997. Income inequality remains significantly above the EU average; only Poland, Portugal and the Baltic States exhibit wider income disparities.

3.2 Key challenges and priorities

The key priorities identified by the UK in the NRS are: eliminating child poverty via a combination of measures to ensure financial stability and break cycles of deprivation, including via early years provision and improved education; increasing labour market participation where key policies focus on activation of lone parents, people out of work for health reasons and those over 50 years of age; improving access to quality services through more competition in their provision, measures to build the capability and capacity of civil and public service and the setting of public service agreement targets; and tackling discrimination – notably towards disabled people and people in and ethnic minority groups. The priorities

selected would seem appropriate, and are consistent with the challenges for the UK identified by the 2006 Joint Report.

Much attention is paid to getting people into work. The importance of addressing the challenge of poor basic and transferable skills (particularly literacy and numeracy) as a driver to enhance individuals' chances for inclusion, employment and advancement is referenced in both the NRS and NRP. A fuller discussion of the quality and sustainability of work would benefit, however, and will be informed by research undertaken through the on-going Employment and Retention and Advancement Demonstrator.

There is recognition of the risks of over-indebtedness with the development of a strategy in 2004 to minimise the number of people falling into problem debt and improve support processes for those already in debt. The impact of action stemming from this strategy is as yet not demonstrated as personal debt has reached record high levels and the number of people signalling problems keeping up with debt repayment, including the number of personal insolvencies, continues to rise

3.3 Policy measures

UK government strategy continues to move away from a more passive welfare system to one which encourages the development of individuals' potential, including via a preventative approach. The UK has a wide and sophisticated array of initiatives and benefits aimed at increasing activation, alleviating poverty particularly child poverty, and making work pay. Worth highlighting are the National Minimum Wage and the new system of 'tax credits' which seek to increase the financial incentives to work. Many of the benefits available are means-tested or designed for specific target groups to focus on those most in need. Such schemes have been criticised for being overly complex and the initial impact of the tax credits programme was hampered by administrative problems. Simplification could help to ensure that people are aware of the support available to them and not discouraged from availing themselves of this.

The Welfare Reform Bill of 2006 seeks to introduce reforms to benefit systems, notably for incapacity and housing benefits. The successful 'Pathways to Work' activation pilot initiative will be extended nationally by 2008 to support the replacement of the existing system of incapacity benefits with a new simplified benefit with a clearer balance of rights and responsibilities. A Cities Strategy has also been launched for some of the most deprived areas of the country. Proposals include key targets of: reducing the number of people claiming incapacity benefits by a million in a decade; helping 300 000 more lone parents into work; and increasing the number of older workers by a million.

In addition, the UK government has announced its intention to 'improve opportunity and strengthen society' by increasing equality between races and deepening people's sense of 'togetherness' amidst increasing concerns over divisions in society. An Action Plan has been launched to focus on the most vulnerable in society (children in care, families with complex problems, teenage pregnancies and people with mental health problems). Such groups undoubtedly face a greater risk of poverty and social exclusion and their targeting should be welcomed. However, it is not yet clear what mix of activation and support will be proposed. Some commentators have raised concerns that the approach taken by the UK government may risk stigmatising the very groups they are trying to assist. Furthermore, as the focus shifts yet further to the most excluded, success will increasingly depend upon ensuring the continued

capacity of the relevant services and agencies to intervene flexibly according to the needs of individuals, in the context of substantial administrative efficiency savings.

Some reference to gender issues and the impact of inequalities is made in the NRS and in the Lisbon NRP. The UK average hourly gender pay gap is the highest in the EU. In addition, high UK rates of part-time employment amongst women impact upon earnings over working lives and pension prospects. Following the report of the Women and Work Commission report, the UK government has stated its intent to "take action to address all causes of the gender pay gap" but it is not yet clear that current measures will bring substantial results in narrowing the gender pay gap.

Because of the complex and inter-related nature of the measures cited, which will contribute to the achievement of the UK priorities, as set out above, the resource implications are not easily disaggregated. In addition to domestic resources, European Structural Funds, and particularly the European Social Fund, contribute to the reduction of poverty and social exclusion via a range of measures, often highly innovative and closely tailored to providing solutions to individualised and diverse needs. In the main this is achieved through a focus on the activation of disadvantaged groups via a pathway approach of 'soft' interventions to more mainstream active labour market policies. The strong partnership ethos in the allocation and delivery of ESF, through models such as Global Grants, has been particularly valuable in enabling small grass roots NGOs to work with the most disconnected in society who are often too hard to reach for more mainstream activities.

3.4 Governance

There is a clear commitment to delivery on goals set out in the National Report on Strategies at all levels and an increased impetus to do so. This is evidenced by the appointment of a Minister for Social Exclusion and by an increased engagement with stakeholders in the policy process. The UK has a complex system of government and an active voluntary and community sector. The National Action Plan on social inclusion, as part of the NRS, is highlighted as "providing an important means of linking action at central government level with the wide range of actors across the UK who are concerned with social inclusion". The 'Get Heard!' toolkit and 146 workshops held around the UK have informed the production of the NRS and serve as a valuable two-way communication with many and varied stakeholders. The substantial and qualitative involvement of these stakeholders in the design, implementation, and to some degree, monitoring of social inclusion policy and the framing of the NRS has undoubtedly had positive effects on the policy process and in many respects can be viewed as a model of best practice.

4. Pensions

In 2003 older people had an average income 72% of that for people aged 0-64. The at-risk-of-poverty rate among elderly people in the UK has declined significantly in recent years, but remains above the EU average and higher than for the general population.[111]

The 2006 Sustainability Report assessed the UK as a medium-risk Member State as regards the sustainability of public finances. According to the AWG projections of 2005 (which do not include the effects of the proposed 2006 pensions reform) spending on public pensions, including pensions of public employees, will increase by 2 percentage points of GDP from

[111] According to latest national figures, in 2004/05, when incomes are measured after housing costs, a pensioner in the UK is nowadays less likely to be in poverty than the rest of the population.

6.6% of GDP in 2004 to reach 8.6% in 2050. According to ISG projections (which do not reflect the 2006 proposed reforms), replacement rates are set to decline slightly in the coming decades for people with supplementary pension provision, from 82% to 73% in net terms (under the assumption of a contribution rate of 23.7% - 18.7% employer and 5% employee - which is significantly higher than the current average contribution rates to occupational schemes).[112] For people with no supplementary pension provision (nearly half the workforce) the decline in replacement rates would be sharper (from 38% in 2005 to 23% in 2050, 53% to 38% in net terms), essentially reflecting current indexation rules and the clear incentives for supplementary saving.

The key challenges, identified in the last report, were for the UK to continue making progress in addressing the adequacy of pensions. The momentum in reducing pensioner poverty is expected to continue with the implementation, and improving take-up, of Pension Credit. As set out in the White Paper on pension reform – *Security in Retirement* – it had long been recognised that 'further steps would be needed to ensure that people could get the retirement income that they expect in the future'. The UK pensions system has historically been characterised by a reliance on occupational and personal pension schemes to ensure adequacy and sustainability, but participation and contributions to such schemes has declined since the early eighties. In response to this the UK government appointed a Pensions Commission in 2002 to make recommendations on the future adequacy of private pension saving and set out proposals for reform.

In 2006 the UK Government, after looking at the recommendations of the Pensions Commission, proposed to introduce (in particular in view of the decline in supplementary saving) low-cost personal accounts to give those without access to occupational pension schemes the opportunity to save. Individuals will be automatically enrolled into either their employer's scheme or a new, low cost, personal retirement account, with the freedom to opt out, and employers will also contribute to these accounts. In order to provide a solid foundation to private saving, the state pension system will be reformed by indexing both the guarantee element of Pension Credit and the basic state pension in line with earnings growth, rather than prices. Both elements of the state pension will be made more equitable and more widely available (which will especially benefit women and carers) and the State Pension age will gradually rise in line with increasing longevity, reaching 68 by 2046. Legislation on these proposals was submitted to Parliament in November 2006 (and is expected to receive royal assent by mid-2007), and a white paper on personal accounts was published in December 2006. The development of the reformed system will be watched with interest, in particular the development of automatic enrolment and personal accounts.

5. Health and long-term care

5.1. Health care

Description of the system. Health care is delivered through the mainly tax-funded National Health Service (NHS), which provides health care services free of charge at the point of delivery, with universal coverage based on residency in the UK. There are a limited number of patient co-payments for non-medical services, e.g. pharmaceuticals. Children, elderly people and benefit recipients, do not pay these charges. The responsibility for health care in Scotland, Northern Ireland and Wales is devolved to the respective administrations. The health strategy and challenges include: continuing to improve the quality and capacity of

112 It should be noted that UK pension funds appear to have achieved higher rates of return in the past and lower administration costs than those assumed for the purpose of the ISG exercise

health care service (reduce waiting times); building a service that is responsive to patients and their needs; improving value for money; preventing ill-health; and addressing health inequalities (especially in access to HC services). England exhibits a clear purchaser-provider split in its NHS organisation, which is not present in the rest of the UK. In **England,** the Strategic Health Authorities (SHAs) are responsible for strategic leadership, for ensuring local systems operate effectively and deliver improved performance. Primary Care Trusts (PCT's) are responsible for improving the health status of their populations, contributing to well-being and protecting health. This includes the commissioning of health services to meet population needs. Hospital services are managed and run by NHS Trusts, which are self-governing organisations, managed by the SHAs. The Trusts receive most of their income from service level agreements with PCTs. The best performing NHS Trusts are awarded 'foundation status' as independent public benefit corporations, accountable to Monitor, an independent regulator. This status brings increased flexibility in managing their own budgets and the possibility of borrowing money privately. In **Scotland,** the power to provide comprehensive health care services is delegated to 15 NHS Boards, which establish Community Health Partnerships in order to further integrate primary care, specialist services and social care. In **Wales** the National Assembly has put in place a structure where 13 NHS Trusts are the main providers of hospital care. 22 Local Health Boards, created in 2003, are responsible for determining the health needs of the local population and commissioning appropriate services. In **Northern Ireland,** the four Health and Social Services Boards are responsible for commissioning integrated health and personal social services from a range of providers, with 19 Health and Social Services Trusts being the main providers.

Accessibility. Waiting times have been a major concern in UK health service provision. Substantial increases in public health care investment and expenditure throughout the UK in recent years have begun to improve waiting times in most areas, although these continue to give cause for concern for some types of treatments and in some geographic areas. NHS patients in **England** have the right to choose between different health care providers, since 2005. A target of 'free choice of provision' by 2008 has been set (providing that providers meet NHS standards and treat patients within the national maximum NHS price). Care is shifting from hospitals to primary care and the community. Steps to increase accessibility have been taken (walk-in centres, NHS Direct). National procurement is underway to provide more GPs in geographic areas where there are shortages. In **Scotland,** the overarching focus is placed on tackling health inequalities. Several initiatives are in place to help the NHS Boards optimise the use of acute hospital beds. In **Northern Ireland,** reducing the length of waiting times is a key priority and waiting times have been reduced significantly in recent years. There is a systemic shift of focus towards measuring total waiting times from referral to treatment. In **Wales**, there is high demand on acute hospitals, with high levels of emergency admissions resulting in long waiting times. In order to tackle the causes of poor health, a resource allocation model, which channels resources to Local Health Boards on the basis of residents' direct health needs, is being implemented. Despite improvements in access to health services, the 2009 target remains the reduction of maximum waiting times to six months.

Quality. In **England**, the development and delivery of National Service Frameworks has resulted in improvements in the quality of care, with progress made in tackling the country's bigger killer diseases. Patient-choice has been facilitated with an emphasis on helping patients decide on the time and place of their care, as well as the development of a new system of tariffs to ensure that money follows the patient. Maximum waiting times for inpatient treatment has been reduced from 18 months to less than 6, and by the end of 2008 will be a

maximum of 18 weeks from GP referral to treatment. **Scotland** has a poor record on healthy life expectancy and there are large gaps between the health status of rich and poor. A key objective is to improve health generally through persuading and supporting people to make healthy lifestyle choices. In **Wales,** a new resource allocation model aims to reduce acute hospital treatment by improving illness prevention, developing more comprehensive primary care and improving social care provision. Patients and the public are being given a greater role in local decisions about the NHS. The standards set have been broadened to include an evaluation system based on a 'balanced scoreboard' approach. In **Northern Ireland,** a statutory duty of quality has been in place since 2003. A number of new standards will be introduced in the coming years to assist service providers in assessing risks and in reporting on the quality of service provision. A range of initiatives are underway concerning wider determinants of health and encouraging people to make healthy choices.

Long-term sustainability. In recent years the UK government has implemented historic levels of increased investment in health care whilst recognising the importance of promoting healthy lifestyles to ensure the financial sustainability of its health care system. Health care investment is expected to increase and reach around 9% of GDP by 2007-8, combining both public and private sources as well as reflecting the overall GDP growth. According to the 2006 EPC/EC projections, public health care expenditure is set to increase by 1.9 percentage points of GDP by 2050 due to population ageing. In **Scotland,** the 2006-7 budget for health and community care services is £9.5bn. Scottish authorities have identified significant cash savings over the three-year period to 2007-8 and a Scottish National Tariff is being implemented to create a set of standard prices for most procedures. Several initiatives in health improvement policy are in place, helping people make healthy lifestyle choices. In **Wales,** commissioning arrangements are being strengthened in order to make these as effective as possible. *Health Challenge Wales* has raised the profile of health improvement and the Health Inequalities Fund has contributed significantly in reducing health inequalities across the Welsh nation. The expected increase in demand for health and social services in **Northern Ireland** is to be addressed through encouraging individual responsibility for their own care, the promotion of their own health and their communities.

5.2. Long-term care

Description of the system. In **England,** Local Authorities (LA's) have a statutory duty to provide social care. Most LA's commission social care from private and voluntary organisations, although some local authorities also provide services. In the majority of local authority areas access to social care services is means-tested and determined through eligibility criteria. Service users can choose to receive a direct payment rather than a pre-determined care package. In **Scotland,** 32 local authorities are responsible for service delivery. They have a duty to assess and provide appropriate services to people in need and to decide upon the most appropriate service for individuals, taking into consideration their wishes. Social services in **Wales** are delivered by around 1 800 statutory, private and voluntary organisations. Most social services are commissioned by Local Authorities (22), which have a legal duty to provide support in ways that meet individuals' needs, and are provided by the independent sector. In **Northern Ireland,** residents who are assessed by their local Health & Social Services Trust as requiring social services are entitled to have those needs met, subject to available resources. Social services are required to carry out regular reassessment of an individual's needs. Where care is delivered in a residential setting, Trusts assess the client's ability to pay for those services with possibilities for charges recovery.

Accessibility. In **England,** local councils are responsible for determining eligibility for adult social care in accordance with a national eligibility framework. Guidance requires regular reassessment to ensure that the care provided is still appropriate and necessary. Social services are means-tested and out-of-pocket payments are the norm, even though many people receive support via welfare benefits; the use of direct payments is increasing. The government has taken several steps to support informal carers: increased financial support through enhanced social security provision and statutory changes to increase flexibility for carers. **Scotland** introduced free personal and nursing care in 2002. People who live in care homes and pay their own fees will receive payments if they require nursing care. Persons aged 65 and over are also eligible for payments towards the cost of their personal care. People at home, aged 65 and over, in receipt of personal care services from the local councils are not charged for them. The **Welsh** Assembly Government has emphasised its commitment to supporting carers and has announced a significant package of investment to support older and disabled people through a range of initiatives. These will reduce the burden of paying for home care while at the same time offering people and their carers additional services and support. In **Northern Ireland** free personal care in residential care and nursing homes has not been introduced, despite recommendations. Direct payments are increasingly used and a plan for delivering a range of practical support services for carers has been introduced (e.g. respite services for carers).

Quality. In **England,** service users generally prefer support to stay at home if possible; the Government has prioritised this and expects to meet its PSA target. A ten-year strategy to ensure fair, high quality integrated health and social care services for older people has been set up. The government has committed itself to creating a single, integrated regulator of both health and social care. In **Scotland,** community care policy has tended to enable people to live as normal a life as possible in their own homes. The Social Work Inspection Agency replaced the former inspection arrangements with a national Performance Inspection Model (2005). In **Wales,** the establishment of a Commissioner for Older People is being considered. In **Northern Ireland**, recognising that older people prefer to remain in their own homes wherever possible, there is a target for 2007 stating that 42% of people in care management should have their needs met at home. The DHSSPS has commissioned the development of a single comprehensive assessment process for care needs.

Long-term sustainability. Throughout the UK there have been substantial increases in the level of funding or resource allocation for long term care to the relevant authorities and bodies. According to the 2006 EPC/EC projections public long-term care expenditure is set to increase by 0.8 percentage points of GDP by 2050 due to population ageing. In **Wales,** the Revenue Support Grant in 2006-7 included an extra £45m to help LA's to address pressures in the health and social care system, avoiding admissions to hospital, improving commissioning and addressing the needs of an ageing population. In **Northern Ireland,** the 1993 changes have moved service provision away from institutional settings to community and domiciliary care services.

6. Challenges ahead:

- To continue efforts to reduce persistent inequalities, such as those in income, health, skills and 'life chances'.
- To tackle levels of economic inactivity by improved engagement with vulnerable groups whilst adequately supporting the transition to quality and sustainable work.

- To pursue the reform process and continue to address the pensions adequacy gap, in particular for those with more modest incomes; to ensure continued and increasing access to quality supplementary pension provision and that the pension system offers adequate incentives to save and work longer.
- To address health inequalities (regional and socio-professional groups), particularly with regard to access in both health care and long-term care, since some parts of the UK have made some care services free (Scotland, Northern Ireland) and the remaining counterparts have maintained means-testing and discretion in the provision of long-term care.
- To look at ways of integrating health and social care services to achieve a uniform setting for the continuation of adequate and high quality care, throughout the UK.

UK: data summary sheet

1. Employment and growth

Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**
2000	3,8	111,8
2002	2,1	116,1
2004	3,3	118,0
2006	2.7f	117.2f

Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)				
	15-64			15-24	55-64
	Total	Male	Female		
2000	71.2b	77.8b	64.7b	56.6b	50.7b
2002	71,3	77,6	65,2	56,1	53,4
2004	71,6	77,8	65,6	55,4	56,2
2005	71,7	77,6	65,9	54,0	56,9

Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
	15+			15-24
	Total	Male	Female	
2000	5,5	6,0	4,9	12,6
2002	5,1	5,6	4,5	12,0
2004	4,7	5,0	4,2	12,1
2005	4,8	5,1	4,3	12,9

** Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; ** GDP per capita in PPS (EU25 = 100); f: forecast*

2. Demography and health

Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth (2003 instead of 2004)		Infant mortality
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
1995	74,0	79,2	14,6	18,2	60,6	61.2e	6,2
2000	75,4	80,2	15,7	18,9	61.3e	61.2e	5,6
2004	76.3sp	81.1sp	16.6sp	19.6sp	61.5e	60.9e	5,1

WHO	Total health exp %GDP	Public health exp. % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	Public system coverage % of pop	Pop. covered by PHI** % of pop
1995	8,19		:		
2000	7,3	80,9	10,5	100	10
2004	8,1	85,9	10,8		

s: Eurostat estimate; p: provisional

**THE: Total Health Expenditures*

***PHI: Private Helath Insurance*

3. Expenditure and sustainability

Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits

Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability
1995	28,2	43,1	24	5,6	8,9	7,5	10,9
2000	27,1	48,8	25,5	3	6,9	6,4	9,4
2004	26,3	44,6	30,4	2,6	6,7	6,4	9,2

** including administrative costs*

Age-related projection of expenditure (AWG)

EPC-AWG	Old-age dependency ratio eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since: Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
2005	24,4	19.6 (2004)	6.6 (2005)	7 (2005)	1 (2005)
2010	25,1	-0.2			
2030	30,3	+2.2	+1.3	+1.1	+0.3
2050	45,3	+4	+2	+1.9	+0.8

UK: data summary sheet

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)

SILC income 2004	At-risk-of-poverty rate: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Poverty risk gap: Total	Children 0-17	18+	18-64	65+	Income inequalities	S80/S20
Total	19pb	22pb	18pb	15pb	27pb	21pb	19pb	22pb	24pb	19pb	**Total**	5.6pb
Male	18pb	-	16pb	14pb	24pb	23pb	-	24pb	26pb	19pb	**Male**	
Female	19pb	-	19pb	16pb	29pb	20pb	-	21	22pb	20pb	**Female**	

b: break in series; p: provisional

	People living in jobless households: Children Total	% of people aged 18-59*: Total	Male	Female
1999	18,4	11,8	9,6	13,9
2004	16,8	11,0	9,0	13,0
2006	16,2	10,7	8,8	12,5

* *excluding students*

	Long-term unemployment rate (% of people aged 15-64): Total	Male	Female
1999	1,7	2,2	1,0
2004	1,0	1,2	0,6
2005	1,0	1,3	0,7

	Early school-leavers (% of people aged 18-24): Total	Male	Female
1999	18,4	19	17,9
2004	14.9i	15.7i	14.2i
2005	14	14,7	13,2

i: change in methodology

SILC income 2005	Total	Male	Female	SILC income 2005	Total	Male	Female
Relative income of 65+	0.720pb	0.738pb	0.713pb	***Aggregate replacement ratio***	:	:	:

Change in theoretical replacement rates (2005-2050) - source: ISG

Change in TRR in percentage points (2005-2050): Net: Total	Gross replacement rate: Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Assumptions: Coverage rate (%): Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions	Statutory pensions (or social security)	Contribution rates: Occupational & voluntary pensions: Current estimate (2002)	Assumption
3	3	2	DB	0	DB	100	56	17.75-10.9	16,6	23,7

*:(DB / NDC/ DC); ** (DB / DC)*