



**COUNCIL OF  
THE EUROPEAN UNION**

**Brussels, 13 March 2006**

**7294/06  
ADD 1**

**SOC 126  
ECOFIN 95  
FSTR 10  
EDUC 55  
SAN 60**

**ADDENDUM 1 TO COVER NOTE**

---

from : Council (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs)  
to : European Council

---

No. prev. doc. : 6800/06 SOC 95 ECOFIN 66 FSTR 4 EDUC 41 SAN 44 + COR 1 + ADD 1  
REV 1 + ADD 1 REV 1 COR 1 (hu)

---

No. Cion prop. : 6399/06 SOC 74

---

Subject: **Annex to the Joint Report on Social Protection and Social Inclusion  
- Country Profiles**

---

Delegations will find attached the multilingual texts of the Country Profiles of the Joint Social Protection and Social Inclusion Report, adopted as part of the report by the Council and the Commission on 10 March 2006, to be forwarded to the European Council in view of its meeting on 23-24 March 2006.

## BELGIQUE

**Situation et tendances clés :** Le taux de croissance du PIB, proche de la stagnation en 2002 (0,9%), a atteint 2,9% en 2004 avant de fléchir pour s'établir à 1,4% en 2005. Le taux d'emploi global reste significativement inférieur à la moyenne européenne (60,3% contre 63,3% en 2004). Le taux d'emploi des travailleurs âgés de 55 à 64 ans enregistré en Belgique, qui s'établit à un peu plus de 25%, est l'un des plus bas de l'Union européenne. D'importantes disparités régionales subsistent en matière d'emploi (63% en Flandre contre 55% en Wallonie et 53% à Bruxelles) et de chômage (6% en Flandre, 11% en Wallonie et 16% à Bruxelles). Le chômage de longue durée, qui touche près de la moitié des chômeurs, reste proportionnellement élevé. Il varie, lui aussi, considérablement d'une région à l'autre. L'emploi des personnes peu qualifiées, des non-ressortissants de l'Union européenne et des travailleurs handicapés reste un défi majeur. En 2003, les transferts en espèces (autres que les retraites) ont permis de faire passer le taux de risque de pauvreté général de 28 à 15%. Appartiennent aux catégories sociales les plus vulnérables en matière de pauvreté : les femmes, les personnes âgées, les bénéficiaires d'allocations sociales, y compris les chômeurs, les personnes âgées vivant seules et les membres de familles monoparentales. Les dépenses de protection sociale ont augmenté de 0,5% au cours de la période 2002-2003 (pour s'établir à 29,7% du PIB selon le système SESPROS). Des efforts plus importants ont néanmoins été déployés, dans le même temps, en vue de l'« activation » des allocataires sociaux. Le total des dépenses de soins de santé, qui a atteint 9,1% en 2002 (selon la base de données européenne de la Santé de l'OMS), est relativement élevé, les dépenses ayant en outre fortement augmenté ces dernières années.

**Inclusion sociale :** Le Plan national d'action pour l'emploi de la Belgique illustre une bonne compréhension du caractère multidimensionnel de l'exclusion. La logique de « l'État social actif » se reflète nettement dans la manière dont la Belgique aborde le problème de l'inclusion sociale. L'octroi d'allocations sociales est de plus en plus lié au processus d'activation. Des mesures ont en outre été prises pour lier le montant des allocations les plus basses à l'évolution des salaires et réduire le poids des charges. Dans de nombreux cas, l'augmentation des allocations minimales est cependant neutralisée par l'augmentation des dépenses de logement. Le suivi des défis mis en évidence en 2003 est bien assuré. Les mesures prises au niveau politique sont numérotées et classées dans une banque de données publique. Près de la moitié des mesures prises dans le cadre du PNA visent à accroître le taux de participation au marché du travail. Certaines d'entre elles ont donné des résultats encourageants. L'économie sociale et, en particulier, les « titres-services » ont été utilisés avec succès pour atteindre certaines catégories sociales vulnérables et lutter contre le travail non déclaré. La part la plus importante des ressources financières est consacrée à la création d'emplois, mais des efforts sont également déployés pour lutter contre le décrochage scolaire, combler le manque de qualifications formelles et favoriser l'apprentissage tout au long de la vie, ces efforts étant nécessaires pour créer une véritable économie de la connaissance. Des mesures sont également prises pour faciliter la tâche des parents qui travaillent et pour améliorer la situation des personnes qui assument la charge d'enfants ou de personnes dépendantes. Un cadre législatif et institutionnel visant à prévenir et traiter les situations de surendettement est en cours d'élaboration. En dépit des contraintes budgétaires auxquelles elle doit faire face, la Belgique a instauré la gratuité des soins médicaux pour les enfants en

très bas âge. Elle s'est également penchée sur la question des besoins sanitaires des réfugiés et a par ailleurs réduit la participation financière demandée aux patients en adoptant la loi relative au maximum à facturer. Peu de mesures ont toutefois été prises pour lutter contre les difficultés rencontrées par les immigrés. La Belgique mène en somme une politique de consolidation alors que les défis clairement identifiés qu'elle devra relever nécessitent des efforts d'intégration continus à plusieurs niveaux de pouvoir.

**Pensions :** Le gouvernement belge a pris des mesures afin d'améliorer l'adéquation des pensions. L'accent a notamment été mis, ces dernières années, sur un projet de pension minimale. Récemment, soit à la fin de l'année 2005, une réforme des formules de retraite anticipée visant à accroître le taux d'emploi des quinqu- et des sexagénaires a été adoptée dans le cadre du « pacte entre les générations ». Cette réforme devrait largement contribuer à l'adéquation et à la viabilité financière des régimes de retraite professionnelle. La promotion de ces régimes pourrait également entraîner, à terme, l'augmentation des taux de remplacement et, partant, du niveau de vie relatif des retraités. Bien que le régime en place garantisse l'octroi d'allocations minimales calculées sur la base des cotisations payées par les travailleurs et leurs employeurs dans le cadre de tous les régimes de pension complémentaire, des efforts supplémentaires pourraient s'avérer nécessaires pour assurer un niveau élevé de protection de la population active (surtout des femmes) par les régimes de retraite professionnelle. Indépendamment des mesures déjà élaborées et adoptées dans le but d'accroître le taux d'emploi des quinqu- et des sexagénaires, la stratégie appliquée pour assurer la viabilité financière continue à reposer en grande partie sur la gestion globale de la sécurité sociale, sur la redistribution des cotisations sociales au sein de ce régime et sur la réduction de la dette publique (et donc des intérêts à payer dans le futur). Les montants économisés grâce à la réduction de la dette publique sont versés dans un fonds de réserve destiné à couvrir les futures dépenses dues au vieillissement. Dans le régime des travailleurs salariés, l'âge légal de la retraite applicable aux femmes sera aligné (comme le nombre d'années de travail requis pour pouvoir bénéficier d'une pension complète) sur celui des hommes (65 ans) en 2009.

**Santé et soins de longue durée :** 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 en raison de la compression des dépenses 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, un remboursement majoré et la gratuité des soins préventifs pour tous. Le gouvernement compte relever le défi de l'augmentation des dépenses de santé en améliorant la coordination des soins et en encourageant l'utilisation rationnelle des ressources, en favorisant notamment, sur le plan financier, le recours aux soins de première ligne, l'utilisation du dossier médical du patient et les projets de soins de longue durée. Des mesures corollaires prévoient une évaluation technologique, un taux de remboursement plus élevé pour les médicaments génériques, l'adoption de meilleures pratiques de prescription, un mécanisme d'évaluation entre pairs dans le domaine hospitalier et le financement prospectif des hôpitaux. Le défi de l'amélioration des soins de longue durée est relevé grâce à des services de soins à domicile et de soins de jour, la qualité de ces soins devant être assurée grâce à la formation, l'évaluation et l'agrément des praticiens concernés.

**Programme national de réforme :** L'intégration des politiques présentées dans le programme national de réforme de la Belgique est claire et cohérente (tant en matière de procédures que de politiques) en ce qui concerne la stratégie de croissance et de création d'emploi, l'inclusion sociale et les politiques de protection sociale couvertes par la méthode ouverte de coordination . Ce plan national de réforme propose, au travers du « contrat de solidarité entre les générations », une stratégie globale basée sur une consolidation fiscale visant à assurer un équilibre financier durable, à mettre en place un régime de retraites adéquat sur le plan social et à accroître le taux de participation au marché du travail. Ce programme comporte également des mesures récentes visant à limiter l'augmentation des dépenses de soins de santé. Il ne précise toutefois pas comment les autorités entendent dégager les surplus budgétaires annoncés. Le rapport relatif à l'évolution de l'inclusion sociale est annexé au Programme national de réforme.

**Défis à relever :**

- trouver un équilibre qui permette d'assurer une bonne protection sociale en dépit des restrictions budgétaires ;
- accélérer l'augmentation du taux de participation au marché du travail, en particulier pour les travailleurs âgés, les chômeurs de longue durée non qualifiés, les femmes et les chômeurs de longue durée ;
- améliorer l'intégration sociale et professionnelle des immigrants ;
- garantir la viabilité des régimes de pension en continuant à réduire la dette publique et rendre les régimes de pension du deuxième pilier plus accessibles, surtout aux femmes ;
- alléger la charge financière qui pèse sur les personnes défavorisées en matière de soins de santé ; améliorer le régime des soins de longue durée et promouvoir le recours aux soins de première ligne ainsi que la coordination des soins de santé.

## BELGIË

**Situatie en belangrijkste trends:** Na een bijna-stagnatie met een groei van 0,9% in 2002 is het BBP in 2004 met 2,9% gestegen, maar in 2005 is de groei weer vertraagd tot 1,4%. De totale participatiegraad blijft duidelijk onder het EU-gemiddelde (60,3% in vergelijking met 63,3% in 2004). In België is iets meer dan een vierde van de mensen in de leeftijdsgroep 55-64 aan het werk, wat een van de laagste participatiegraden voor oudere werknemers in de EU is. Niet alleen voor de participatiegraad zijn er aanzienlijke regionale verschillen (63% in Vlaanderen, 55% in Wallonië, 53% in Brussel), maar ook voor de werkloosheid (6% in Vlaanderen, 11% in Wallonië, 16% in Brussel). De langdurige werkloosheid, die goed is voor bijna de helft van het totale werkloosheidscijfer, blijft verhoudingsgewijs hoog en geeft ook sterke regionale verschillen te zien. Het blijft een probleem om laaggeschoolde niet-EU-onderdanen en gehandicapten aan een baan te helpen. In 2003 kon het totale armoederisico door overdrachten (excl. pensioenen) worden verlaagd van 28% tot 15%. Categorieën met een hoog armoederisico zijn: vrouwen, ouderen, op sociale overdrachten aangewezen personen inclusief werklozen, alleenstaande ouderen, en eenouderhuishoudens. De uitgaven voor sociale bescherming zijn in de periode 2002-2003 met 0,5 procentpunt gestegen (tot 29,7% van het BBP – ESSPROS-gegevens), maar dit ging gepaard met grotere inspanningen om personen die aanspraak maken op uitkeringen, aan het werk te krijgen. De totale uitgaven voor gezondheidszorg, die in 2002 9,1% van het BBP bedroegen (WHO-HFA-databank), liggen relatief hoog en de laatste jaren was er een sterke uitgavendynamiek.

**Sociale integratie:** Het Belgische nationale actieplan (NAP) geeft blijk van een goed inzicht in het multidimensionale karakter van uitsluiting. De theorie van de “*actieve welvaartsstaat*” speelt een prominente rol bij de aanpak van sociale integratie. Uitkeringen worden steeds meer gekoppeld aan activering en er zijn maatregelen genomen om de laagste uitkeringen aan de lonen te koppelen en de belastingwig te verkleinen. Verhogingen van de minimumuitkeringen worden echter vaak opgeslorpt door stijgende woonkosten. Er is een goede follow-up van de in 2003 omschreven uitdagingen; de beleidsmaatregelen zijn genummerd en in een voor het publiek toegankelijke databank opgenomen. Vrijwel de helft van de maatregelen in het NAP is gericht op een verhoging van de arbeidsparticipatie en enkele van die maatregelen hebben bemoedigende resultaten opgeleverd. Er is gebruikgemaakt van de sociale economie en met name van dienstencheques om sommige kwetsbare groepen te bereiken en zwartwerk te bestrijden, en daarbij zijn goede resultaten geboekt. De financiële middelen gaan voor het grootste deel naar het scheppen van werkgelegenheid, maar daarnaast worden ook inspanningen geleverd om het vroegtijdig schoolverlaten en het gebrek aan formele kwalificaties te verhelpen en levenslang leren te bevorderen, noodzakelijke elementen voor de totstandbrenging van een echte kenniseconomie. Er zijn enkele maatregelen genomen om werkende ouders en zorgverleners het leven gemakkelijker te maken. Er wordt gewerkt aan het wetgevings- en institutionele kader om overmatige schuldenlast aan te pakken. Ondanks de begrotingsdruk is kosteloze geneeskundige verzorging voor zeer jonge kinderen ingevoerd, is aandacht besteed aan de behoeften van vluchtelingen aan gezondheidszorg, en wordt de eigen bijdrage van de patiënten door de maximumfactuur voor gezondheidszorg verlaagd. Er zijn echter weinig maatregelen ontwikkeld om de problemen van immigranten aan te pakken. Over het geheel

beschouwd is de Belgische aanpak gericht op consolidatie, terwijl de duidelijk omschreven uitdagingen ervoor zorgen dat de verschillende overheidsniveaus onafgebroken inspanningen moeten leveren om de integratie te verbeteren.

**Pensioenen:** De Belgische regering heeft maatregelen genomen om de toereikendheid van de pensioenen te verbeteren. Met name in het systeem van het minimumpensioen zijn de laatste jaren verbeteringen aangebracht. Met het zogenaamde “*Generatiepact*”, dat eind 2005 is goedgekeurd, is overeenstemming bereikt over hervormingen op het gebied van vroegtijdige pensionering om te komen tot een hogere arbeidsparticipatie van vijftigers en zestigers. Door deze hervorming moeten de toereikendheid en de financiële duurzaamheid aanzienlijk worden verbeterd. Bovendien kunnen de vervangingspercentages door de bevordering van bedrijfspensioenregelingen op lange termijn worden verhoogd, waardoor de relatieve levensstandaard van gepensioneerden wordt verbeterd. Hoewel in alle aanvullende pensioenregelingen een minimumrendement op de door de werknemer en de werkgever betaalde bijdragen wordt gewaarborgd, kunnen extra inspanningen nodig zijn om ervoor te zorgen dat een hoog percentage van de beroepsbevolking (vooral vrouwen) onder bedrijfspensioenregelingen valt. Naast de reeds getroffen en goedgekeurde maatregelen om de arbeidsparticipatie van vijftigers en zestigers te verhogen, berust de strategie voor het waarborgen van de financiële duurzaamheid nog steeds sterk op het algemene beheer van de sociale zekerheid en de herverdeling van de betaalde bijdragen en op de vermindering van de overheidsschuld (en bijgevolg lagere rentebetalingen in de toekomst). De besparingen als gevolg van de verlaging van de overheidsschuld worden naar een reservefonds overgeheveld en aldus bestemd voor de nodige toekomstige uitgaven in verband met ouder worden. Voor werknemers wordt de wettelijke pensioengerechtigde leeftijd voor vrouwen (en het vereiste aantal dienstjaren voor een volledig pensioen) tegen 2009 gelijkgeschakeld met die voor mannen (65).

**Gezondheidszorg en langdurige zorg:** Hoewel een hoog percentage van de bevolking (99%) onder het Belgische stelsel valt, heerst er bezorgdheid dat de eigen bijdragen voor diverse diensten, die is ingevoerd als reactie op de uitgavendruk, voor kwetsbare groepen een hoge financiële last met zich mee kan brengen. De autoriteiten trachten dit op te vangen met een reeks maatregelen waaronder jaarlijkse limieten, gunstige terugbetaling en kosteloze preventieve zorg voor iedereen. De regering is van plan de toenemende uitgaven voor gezondheidszorg terug te dringen door de zorgcoördinatie te verbeteren en het rationele gebruik van middelen te bevorderen. Zij wil dit doen door bijvoorbeeld het gebruik van eerstelijnszorg via financiële prikkels voorrang te geven en het gebruik van het patiëntendossier en het langdurige-zorgplan te bevorderen. Andere hiermee samenhangende maatregelen zijn technologiebeoordeling, een gunstigere terugbetaling van generieke geneesmiddelen, beter voorschrijfgedrag, intercollegiale toetsing voor ziekenhuizen en prospectieve financiering van ziekenhuizen. Om de langdurige zorg te verbeteren, wordt een beroep gedaan op diensten voor thuis- en dagverzorging; de kwaliteit hiervan moet worden gewaarborgd door de opleiding, beoordeling en erkenning van zorgverleners.

**Nationaal hervormingsprogramma (NHP):** Er is een duidelijke en samenhangende beleidsintegratie (zowel qua werkwijze als qua beleidsvormen) tussen de strategie voor groei en werkgelegenheid in het Belgische NHP en de onder de open coördinatiemethode vallende beleidsmaatregelen inzake sociale integratie en sociale

bescherming. Het NHP presenteert via het “solidariteitscontract tussen generaties” een omvattende strategie, die gebaseerd is op fiscale consolidatie met het oog op financiële duurzaamheid, sociaal toereikende pensioenen en toenemende arbeidsparticipatie. Het programma omvat ook recente maatregelen om de groei van de uitgaven voor gezondheidszorg te beperken, maar is niet helemaal duidelijk over de vraag hoe de autoriteiten de aangekondigde begrotingsoverschotten willen realiseren. Het voortgangsverslag over sociale integratie is als bijlage bij het NHP gevoegd.

### **Uitdagingen voor de toekomst:**

- een evenwicht vinden tussen budgettaire beperkingen en een goede sociale bescherming;
- de toename van de arbeidsparticipatie versnellen, met name voor oudere werknemers, ongeschoolde werknemers in gebieden met langdurige werkloosheid, vrouwen en langdurig werklozen;
- een betere aanpak vinden voor de sociale integratie van immigranten en hun inschakeling in het arbeidsproces;
- de duurzaamheid van de pensioenregelingen waarborgen door de overheidsschuld verder terug te dringen, en pensioenregelingen van de tweede pijler beter toegankelijk maken, vooral voor vrouwen;
- de financiële last van gezondheidszorg voor kansarme groepen verminderen, het aanbod van langdurige zorg verbeteren, en het gebruik van eerstelijnszorg en de zorgcoördinatie bevorderen.

## ČESKÁ REPUBLIKA

**Situace a hlavní trendy:** V posledních letech je hospodářský růst vysoký. V roce 2004 se zrychlil na 4,4 %, což lze přičítat zejména investicím a velkému objemu vývozu. V roce 2004 se celková míra zaměstnanosti (64,2 %) a míra zaměstnanosti starších pracovníků ve věku 55 až 64 let (42,7 %) pohybovala nad průměrem v EU, avšak pod úroveň lisabonských cílů. Míra nezaměstnanosti (8,3 %) a dlouhodobé nezaměstnanosti (4,2 %) v roce 2004 mírně vzrostla. Obyvatelstvo stárne a míra plodnosti patří k nejnižším na celém světě. Průměrná délka života (muži 72,1 let, ženy 78,7 let v roce 2002) nedosahuje průměru EU, ale v posledních deseti letech se neustále zvyšuje. Míra ohrožení chudobou je nejnižší v EU (8 % v roce 2002). Nejvíce jsou ohroženi nezaměstnaní (36 %) a neúplné rodiny s nejméně jedním nezaopatřeným dítětem (30 %). Rizikovou skupinu představují také znevýhodnění Romové. Účinky sociálních transferů na snižování chudoby jsou obzvláště patrné, neboť snižují riziko chudoby z 39 %. Výdaje na sociální ochranu se neustále zvyšují a v roce 2003 dosáhly 20,1 % HDP (údaje Evropského systému integrované statistiky sociální ochrany (ESISSO)). Výdaje na zdravotnictví dosáhly celkem výše 7,1 % HDP. Oba údaje jsou pod průměrem EU.

**Sociální začlenění:** Česká republika se nadále řídí komplexním přístupem k sociálnímu začlenění, jak je uvedeno v národním akčním plánu začlenění (NAP Inclusion) 2004–2006. Stanovené cíle jsou dlouhodobé a zůstávají nadále v platnosti, avšak sociální začlenění by mohlo být dále systematicky zohledňováno a úspěšněji řešeno na regionální a místní úrovni. Nicméně v řadě oblastí byly zaznamenány pokroky. Je patrný výrazný posun směrem k proaktivním opatřením. Strategie České republiky vychází ze zásady, že zaměstnanost je nejdůležitějším prostředkem k prevenci chudoby a k boji s ní, a hlavní důraz je proto kladen na usnadnění přístupu na trh práce. V nedávné době byla provedena či navržena nová opatření, která měla finančně motivovat občany k přechodu od sociálních dávek do zaměstnání a která měla zajistit, aby se práce vyplatila. Komplexní reforma systému sociálního zabezpečení však dosud nebyla provedena, přestože již byl vypracován její návrh. Usnadněním přístupu k sociálním službám a zvýšením jejich kvality se zabývá návrh zákona o sociálních službách, který navrhuje zavedení individuálních dávek – umožňujících zdravotně postiženým osobám vybrat si mezi službami – a zavedení souboru povinných standardů kvality.

Pokud jde o nejzranitelnější skupiny, jsou patrné pokroky zejména na obecné úrovni plánování. V souvislosti se vzděláváním byly zrušeny takzvané „zvláštní školy“, které navštěvovaly zejména romské děti, a místo toho by měly být v rámci základních škol vytvořeny takové podmínky, které by všem dětem umožnily vzdělání podle jejich potřeb. Kromě toho se Česká republika připojila k iniciativě Dekáda romské inkluze 2005–2015 a vypracovala národní akční plán. Při podpoře sociálního začleňování roste úloha Evropského sociálního fondu, který by měl významně přispět ke zlepšení situace určitých skupin (včetně Romů a bezdomovců) a ke zvýšení kvality sociálních služeb prostřednictvím účelově zaměřených grantů. 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. Přestože byl v roce 2003 zřízen výbor pro sociální začlenění, nebylo dosud provádění národního akčního plánu pro začlenění systematicky monitorováno. Iniciativy z poslední doby, jako je například informační projekt „Stop sociálnímu vyloučení“, a

konference pořádané Fórem pro sociální začlenění v regionech by mohly pomoci zvýšit obecné povědomí o dané problematice.

**Důchody:** České republice se podařilo v minulém desetiletí zajistit dostatečné důchody, a dosáhnout tak nízké míry chudoby mezi starými lidmi. Očekává se však, že se náhradové poměry budou snižovat, a proto je nutné pečlivě řešit budoucí potřeby týkající se přiměřené výše důchodů. Za poslední roky výrazně vzrostla míra zaměstnanosti u osob ve věku od 55 do 64 let, avšak i nadále by se mělo podporovat vytváření pracovních míst pro starší pracovníky a jejich zaměstnávání, aby se přispělo k nastolení rovnováhy mezi finanční udržitelností a přiměřenou výší důchodů. Dále je třeba zesílit pobídky k tomu, aby lidé pracovali déle. V důsledku stárnutí obyvatelstva sílí tlak na rozpočet, avšak až později se ukáže, do jaké míry se dalšími reformami podaří zvýšit udržitelnost důchodů a zároveň zajistit přiměřenou výši důchodů. Očekává se, že nová důchodová reforma bude vycházet z dalších jednání na základě závěrečné zprávy skupiny odborníků. Mezi navrhovaná opatření patří další zvýšení věku odchodu do důchodu, změna výpočtu a valorizace dávek, přezkum nepřispěvkových dob a případně vytvoření rezervního fondu a posílení státní podpory u soukromých důchodů.

**Zdravotnictví a dlouhodobá péče:** Podle předběžného prohlášení o politice zdravotnictví považují orgány České republiky za svou hlavní prioritu rozvinout a zpřístupnit dlouhodobou péči v souvislosti se stárnutím obyvatelstva a se sociálně-ekonomickou politikou. Zdá se, že stávající nabídka je nedostatečná, a mezi jednotlivými regiony existují značné rozdíly. Kromě toho hradí velkou část nákladů na dlouhodobou péči pacienti nebo jejich příbuzní, a přístup k péči je tedy podmíněn finančními prostředky. V zájmu zlepšení přístupu ke službám dlouhodobé péče a zlepšení jejich kvality se navrhuje mimo jiné nové právní předpisy, příspěvky pro pečovatele, kombinace příspěvků s dalšími příjmy, granty pro nevládní organizace a výraznější zapojení orgánů na regionální a místní úrovni při poskytování péče. Orgány si také přejí zlepšit obecnou kvalitu zdravotní péče prostřednictvím řady opatření, mezi něž patří: stanovení standardů, kontrola zařízení, akreditace institucí, odborná příprava sociálních pracovníků, vytvoření a používání ukazatelů, hodnocení technologie a rozšíření nabídky pro pacienty. Očekává se, že některá z těchto opatření také zlepší efektivitu systému. Rovněž odměna závislá na výsledcích, budoucí globální rozpočty, zohledňování potřeb, větší propagace a prevence jsou strategie, které mají zajistit kontrolu nad financemi a finanční udržitelnost.

**Národní program reforem:** Národní program reforem uvádí, že dlouhodobá udržitelnost je hlavním problémem veřejných financí a že je nutno ji řešit koordinovaným přístupem ke střednědobé rozpočtové konsolidaci, systémovou důchodovou reformou, reformou financování zdravotnictví a reformou trhu práce s cílem zvýšit míru zaměstnanosti. Národní program reforem se zabývá také modernizací systému sociálních dávek, zavedením takových podmínek, aby se vyplatilo pracovat, zvýšením zaměstnatelnosti a modernizací vzdělávání. Několik skupin je prioritně vyčleněno: mladí lidé, starší pracovníci, ženy a zahraniční pracovníci. Národní program reforem neuvádí opatření na podporu začlenění osob se zdravotním postižením či usazených etnických menšin, jako je romská populace, přestože orgány České republiky k těmto otázkám poskytly nějaké informace zvlášť.

### **Budoucí úkoly:**

- ⇒ podporovat provádění politik sociálního začlenění na regionální i místní úrovni;
- ⇒ zlepšovat situaci zranitelných skupin (například Romů) a podporovat znevýhodněné regiony;
- ⇒ podporovat vytváření pracovních míst pro starší pracovníky a jejich zaměstnávání s cílem pomoci nastolit rovnováhu mezi finanční udržitelností systému a přiměřenou výší důchodů;
- ⇒ zlepšit přístup k službám dlouhodobé péče a zajistit obecnou kvalitu zdravotnictví a služeb dlouhodobé péče a zároveň podporovat efektivitu systému.

## **DANMARK**

**Nuværende situation og hovedtendenser:** Den danske økonomi viser klare tegn på opsving med en BNP-vækst på 2,4 % i 2004. Danmark har fortsat en erhvervsfrekvens et godt stykke over EU-målene (75,7 % i 2004), især for kvinder (71,6 %) og ældre arbejdstagere (60,3 %). Arbejdsløsheden er faldende (5,4 %). Langtidsledigheden (1,2 %) og ungdomsarbejdsløsheden er blandt de laveste i EU. Samtidig har Danmark været dygtig til at mindske risikoen for økonomisk fattigdom (11 % i 2003), selv om indkomsten er lav hos ældre over 65 som gruppe betragtet (med en fattigdomsrisiko på 17 %, hvilket stadig er under EU-gennemsnittet)<sup>1</sup> i forhold til gruppen under 65. Indvandrere og langtidsledige er overrepræsenteret i de lavere indtægtsgrupper. De sociale sikringsordninger bygger på universalitetsprincippet, hvor alle borgere garanteres en grundlæggende beskyttelse mod sociale risici, som f.eks. arbejdsløshed, sygdom og omsorgsafhængighed. Den danske model bygger på, at arbejdsmarkedets parter, lokale myndigheder og andre aktører deltager aktivt. Danmarks bruttoudgifter til social sikring er blandt de højeste i EU (30,9 % af BNP i 2003 – ESSPROS-data). Oplysninger om den forventede levetid giver Danmark en bundplacering i EU, og stigningen mellem 1960 og 2000 har været den laveste i EU25.

**Social integration:** Den overordnede strategiske tilgang til bekæmpelse af fattigdom og social udstødelse i Danmark er at skabe et rummeligt arbejdsmarked ved at øge de svage gruppers arbejdsmarkedsdeltagelse. Fokus på kort sigt i den nationale handlingsplan for 2003-2005 er på de svage, ugunstigt stillede og allerede socialt udstødte grupper, især indvandrerne. Strategien for integration af indvandrere har indtil videre ikke været særlig vellykket og er ved at blive omarbejdet. Nye initiativer indebærer yderligere krav om at lære dansk, inddragelse af lokale myndigheder og foranstaltninger mod ghetto-dannelse. Fokus på langt sigt i den nationale handlingsplan for 2003-2005 er at bekæmpe "negativ social arv" ved at sætte ind med en tidlig og målrettet indsats, at sørge for, at børns læring begynder tidligt, og at lægge større vægt på formelle kompetencer. Den nationale handlingsplans styrke er,

---

<sup>1</sup> I dette tal indgår negativ kapitalindkomst og lejeværdi af egen bolig ikke som indtægter, hvilket giver et ufuldstændigt billede af indkomstsituationen, særlig for de ældre. Tages der hensyn til den mere omfattende definition af indtægter, er fattigdomsrisikoen i Danmark for ældre omtrent den samme som for resten af befolkningen (8,7 % for personer over 65 år).

at den fokuserer på de mest udsatte grupper. Dens svaghed er, at den mangler flere strategiske aspekter, mål og indikatorer for overvågning af aktiviteterne. Det kan øge risikoen for nedsatte evalueringsmuligheder, fragmenteret forvaltning og sløret ansvarlighed. Foranstaltninger til bekæmpelse af negativ social arv videreføres som det vigtigste redskab for forebyggelse af risikoen for social udstødelse på langt sigt. I den forbindelse betragtes grunduddannelse som en vigtig faktor, og det skal sammenkædes med, at de enkelte elever følges tættere. Der sættes særlig fokus på kvindehandel og på at oplyse kvinder fra etniske mindretal om deres rettigheder.

**Pensioner:** I den danske folkepensionsordning udbetales der et fast grundbeløb til alle, og det kan suppleres med arbejdsmarkedspensioner, der har vundet stærkt indpas i de seneste årtier og nu dækker næsten hele den erhvervsaktive befolkning. Kompensationsgraden forventes derfor at stige markant og dermed nedbringe den nuværende indkomstforskel mellem personer over 65 og personer under 65 år. Den første søjle vil ikke desto mindre fortsat spille en afgørende rolle i pensionssikringen. Strategien for bevarelse af folkepensionsordningen og dens finansielle bæredygtighed synes at være i orden. Der har allerede i flere år været ført en budgetpolitik, der skal sikre hurtig gældsnedbringelse, og alle større partier går ind for at fortsætte denne politik indtil 2010, hvor den offentlige gæld forventes at være betydeligt mindre. Nye bestemmelser fra 2004, giver folk (også dem over 65, der allerede modtager pension) mulighed for at vælge opsat pension og at forblive længere på (eller at vende tilbage til) arbejdsmarkedet mod til gengæld at få en højere pension på et senere tidspunkt.

**Sundheds- og langtidspleje:** De største problemer med hensyn til adgang til sundheds- og langtidspleje er ventetiderne og ydelsen af langvarig pleje. Formålet med strategier som f.eks. en statslig pulje med henblik på behandling af ikke-akutte patienter og det frie sygehusvalg er at nedbringe ventetiderne, og det har man tilsyneladende haft gode resultater med. Med hensyn til langvarig pleje, fortsat sikring af hurtig og økonomisk overkommelig adgang for alle på baggrund af en aldrende befolkning og et stigende behov, har myndighederne planer om: a) øget hjemmehjælp, herunder personlig pleje og praktisk hjælp (efter en vurdering af den enkeltes funktionsevne og behov uanset om vedkommende bor hjemme, på plejehjem eller i beskyttet bolig), dagbehandling og daghjem med tilhørende omsorgsfaciliteter og -personale, og b) indførelse af to måneders garanti for hjemmehjælp og lovgivning om begrænsning af brugerbetaling på dette område. Dette skal sammenkædes med muligheden for økonomiske ydelser og tilbud om aflastningspleje til støtte for familiemedlemmer, der påtager sig en omsorgsopgave. For at skabe flere muligheder for ydelse og valg af omsorg er der gjort forsøg med at tildele personlige budgetter til omsorgsafhængige ældre, som så frit kan vælge leverandør af hjemmehjælp. Myndighederne lægger også vægt på at forbedre omsorgskvaliteten ved at anvende normer, anvende og offentliggøre indikatorer og andre undersøgelsesdata, lade hospitalerne foretage selvevalueringer med ekstern godkendelse, give patienterne flere valgmuligheder og indsamle oplysninger om patienternes erfaringer. For at få et bedre greb om de nylige udgiftsstigninger ønsker myndighederne at udvikle et effektivt henvisningssystem, der baseres på, at patienten først henvender sig til en almenpraktiserende læge eller sin familielæge, som derpå henviser vedkommende til speciallæge og hospitalsbehandling (og herigennem fungerer som en slags "portvagt"). Hvis det kan lade sig gøre, bør behandlingen foregå i det primære led eller ambulant, da det medfører en mere rationel udnyttelse af ressourcerne. Aktivitetsbaseret hospitalsfinansiering, salg og godtgørelse baseret på billigste

lægemiddel bestående af samme virksomme stof samt en strammere forebyggelsespolitik sigter alle mod at sikre finansiell bæredygtighed. Med de nye regioner vil lægebehandling også kunne centraliseres og specialiseres, hvorved der bliver mulighed for effektiviseringer, og lægebehandlingen kan samtidig blive koordineret bedre.

**Det nationale reformprogram:** Det nationale reformprogram er meget overbevisende i sin beskrivelse af, hvorledes social integration og social beskyttelse betragtes som integrerede dele af programmet. Politikkerne for social integration og social beskyttelse udlægges som en integreret del af Danmarks Lissabon-strategi, og foranstaltningerne opfattes som centrale elementer i opfyldelsen af strategiens mål. Det nævnes i det nationale reformprogram, at større arbejdsmarkedsdeltagelse er en stor udfordring på grund af den aldrende befolkning.

#### **Kommende udfordringer:**

- Bevare det nuværende høje niveau for social sikring og samtidig dække det øgede behov for sundheds- og velfærdsydelser som følge af en aldrende befolkning.
- Udvikle arbejdsmarkedsredskaber til hurtigere at indsluse etniske minoriteter på arbejdsmarkedet.
- Tilskynde folk med et handicap og ældre arbejdstagere til at blive på arbejdsmarkedet.
- Fortsætte den igangværende omstrukturering af sundhedsvæsenet for at forbedre resultater og effektivitet.

## **DEUTSCHLAND**

**Situation und wichtige Tendenzen:** Im Jahr 2004 nahm das BIP um fast 1,6 % (EU insgesamt: 2,5 %) zu, womit der Phase der Stagnation ein Ende gesetzt wurde. Die Ausgaben für Sozialschutz – ausgedrückt als prozentualer Anteil am BIP – beliefen sich im Jahr 2003 auf 30,2 % gegenüber einem EU-Durchschnitt von 28 % (ESSPROS-Daten). Die Arbeitslosenquote stieg im Jahr 2004 auf 9,5 % (EU insgesamt: 9 %), wobei nach wie vor große Unterschiede zwischen Ost und West bestehen. Die Gesamtbeschäftigungsquote lag im Jahr 2004 bei 65 %. Die Beschäftigungsquote der älteren Arbeitskräfte nimmt seit dem Jahr 2000 stetig zu; zwischen 2003 und 2004 war ein Anstieg von 39,5 % auf 41,8 % zu verzeichnen, doch ist es bis zur Erfüllung der Lissabon-Zielvorgabe noch ein langer Weg. Die Armutsrisikoquote in Deutschland lag im Jahr 2003 bei 16 % für die Bevölkerung insgesamt und bei 20 % für die Altersgruppe der bis zu 15-Jährigen.<sup>2</sup> Für ältere Menschen (65+) betrug das Armutsrisiko im Jahr 2003 15 % (Eurostat). Lebenserwartung (75,7 Jahre für Männer und 81,4 Jahre für Frauen; Angaben für 2003) und gesunde Lebenserwartung (65 Jahre für Männer und 64,7 Jahre für Frauen;

---

<sup>2</sup> Die Daten stammen aus der SOEP-Erhebung, die so weit wie möglich der EU-SILC-Methodik folgt. Wie vereinbart, werden während des Übergangs zur Datenerfassung gemäß der EU-SILC-Verordnung Indikatoren verwendet, die aus nationalen Quellen abgeleitet und ex post mit der vereinbarten Methodik harmonisiert werden. Zwar können solche Indikatoren nicht als mit den für andere Staaten erstellten oder mit die Daten verschiedener Staaten kombinierenden EU-Aggregaten vergleichbar angesehen werden, es wurde aber alles getan, um eine höchstmögliche Vergleichbarkeit sicherzustellen. Siehe die Anmerkung zur Methodik im statistischen Anhang über die Datenquellen für die Armutsgefährdungsquoten.

Angaben für 2003) sind hoch und liegen deutlich über dem EU-Durchschnitt. Die Gesundheitsausgaben insgesamt (10,9 % des BIP und 2 817 KKP- $\text{\$}$  im Jahr 2002 – WHO-HFA) sind die höchsten in der EU, wenngleich erkennbar ist, dass sich der Anstieg bei den Gesundheitsausgaben – im Vergleich zum BIP-Wachstum – in den letzten Jahren verlangsamt hat.

**Soziale Eingliederung:** Der dem NAP 2003-2005 zugrunde liegende strategische Ansatz umfasst drei Aktionslinien: Förderung von Teilhabe; Eröffnung von Chancen, insbesondere in der allgemeinen und beruflichen Bildung; soziale Grundsicherung. Einige Initiativen stellen auf die Eingliederung junger Menschen in den Arbeitsmarkt ab, wie etwa besondere Bestimmungen der Hartz-Reformen und der „Nationale Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs“ (Juni 2004). Mit dem Pakt soll dem Lehrstellenmangel abgeholfen werden, der in den vergangenen Jahren ein ernsthaftes Problem darstellte. Auf allen Regierungsebenen wurden verschiedene Initiativen auf den Weg gebracht, um die Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt wie auch in das soziale Leben zu fördern. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz erhielten alle Sozialhilfeempfänger – unabhängig von den gezahlten Beiträgen – gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Die Bundesregierung hat ein Gesetz verabschiedet, das auf eine massive Erhöhung der Zahl der Kinderbetreuungsplätze insbesondere im Westen und eine Stabilisierung des Versorgungsangebots in den neuen Bundesländern abzielt. Bis 2010 sollen die Kommunalbehörden 230 000 Kinderbetreuungsplätze für die Altersgruppe 0-3 einrichten, ein Drittel davon für Ganztagsbetreuung. Das Einwanderungsgesetz, das am 1. Januar 2005 in Kraft trat, betrifft verschiedene Aspekte der Integration von Zuwanderern, bei denen die Armutsrate signifikant höher liegt als bei der übrigen Bevölkerung. Bundesweit sollten für diese typischerweise besonders stark durch soziale Ausgrenzung gefährdete Gruppe Integrationskurse abgehalten werden, um die Eingliederung zu erleichtern. Erste Zwischenbewertungsberichte werden für Anfang 2006 erwartet.

**Renten:** Durch die letzte Rentenreform wurden wichtige Schritte auf dem Weg hin zur finanziellen Tragfähigkeit des gesetzlichen Rentensystems getan; gleichzeitig ist mit einer signifikanten Senkung der künftigen Ersatzquoten (bei einem gegebenen Alter) zu rechnen. Ab 2005 verlangsamen sich durch die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors in die Rentenformel automatisch die jährlichen Rentenanpassungen, auch für die Neurentner, bedingt durch das veränderte Verhältnis zwischen Rentnern und Beitragszahlern. Außerdem hat Deutschland bei der Rentenbesteuerung einen stufenweisen Übergang von einer vorgelagerten zu einer nachgelagerten Besteuerung eingeführt. Um eine angemessene Rentenhöhe in der Zukunft sicherzustellen, wird die freiwillige private Altersvorsorge im Rahmen betrieblicher oder privater Versorgungswerke durch Gewährung von Steuervergünstigungen oder direkten staatlichen Zulagen stark gefördert, insbesondere für die unteren Einkommensgruppen und für Personen mit Kindern. Ob künftig eine angemessene Rentenhöhe gewährleistet werden kann, wird davon abhängen, inwieweit diese neuen Möglichkeiten genutzt werden und die Beschäftigung älterer Arbeitnehmer verbessert wird. Schließlich plant die neue Regierung, die Altersgrenze von 65 auf 67 zu erhöhen (die Anpassung soll 2012 beginnen und bis 2035 abgeschlossen sein).

**Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege:** Die Maßnahmen der Politik konzentrierten sich in letzter Zeit auf die Stabilisierung der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme und auf die Verringerung der Auswirkungen der Versicherungsbeiträge auf die Lohnnebenkosten und die Beschäftigung. Dazu gehörten auch verschiedene Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der Qualität, zur Sicherstellung von mehr Wahlmöglichkeiten für Patienten, zur besseren Integration der Gesundheitsleistungen und zur stärkeren Förderung der Vorsorge. Angesichts des hohen Ausgabenniveaus besteht Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit, die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu verbessern und dabei die hohe Qualität, die allgemeine Zugänglichkeit und die Gerechtigkeit des Gesundheitssystems aufrechtzuerhalten. Die Meinungen gehen aber in der Frage auseinander, wie dies zu erreichen ist. Seit 1995 verfügt Deutschland auch über eine Pflegeversicherung (für die Langzeitpflege von pflegebedürftigen älteren Menschen und Behinderten). Ein wichtiges Ziel war es, das Pflegefallrisiko mit der allgemeinen Sozialversicherung abzudecken und die Abhängigkeit von der kommunalen Sozialhilfe zu reduzieren. Die Pflegeversicherung scheint dazu beigetragen zu haben, einen Markt für einschlägige Dienstleistungen mit einem beträchtlichen Beschäftigungspotenzial zu eröffnen. Zentrale Fragen bleiben die Sicherung der Qualität und des Umfangs der Langzeitpflege durch Entwicklung eines tragfähigen Finanzierungsmodells, das die schwerwiegenden demografischen Veränderungen und die neuen Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen berücksichtigt, und die notwendige bessere Koordinierung von Gesundheitsversorgung, Langzeitpflege und Sozialhilfe. Schließlich gehen unter der neuen Regierung die Vorarbeiten zu einem Gesetz für bessere Gesundheitsvorsorge weiter, durch das mittel- und langfristig die Kosten für Akutbehandlungen gesenkt werden sollen.

**Nationales Reformprogramm:** Im NRP wird vorgeschlagen, wichtige Reformen im Bereich der sozialen Eingliederung, der Renten und des Gesundheitswesens durchzuführen. Sicherstellung der Vereinbarkeit von Beruf und Familienleben, Gewährleistung der vollen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben und die Verbesserung der Chancen benachteiligter Gruppen im Bildungssystem sind wichtige Elemente des NRP. Mit dem NRP verpflichtet sich Deutschland, die Reform des Sozialschutzsystems fortzusetzen, um die Nachhaltigkeit zu verbessern und gleichzeitig die Angemessenheit von Renten, Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege aufrechtzuerhalten. Im Gesundheitswesen liegt der Nachdruck auf einer besseren Nutzung der Ressourcen, und es besteht die Absicht, die Vorsorge als eigenständige Säule des Gesundheitssystems zu etablieren.

#### **Künftige Herausforderungen:**

- Dafür Sorge tragen, dass die laufenden und geplanten Arbeitsmarktreformen, insbesondere die Hartz-IV-Reformen, keine negativen Auswirkungen auf die soziale und wirtschaftliche Integration von Risikogruppen mit sich bringen.
- Die nachhaltige Integration von Migranten – insbesondere der zweiten und dritten Generation – in den Arbeitsmarkt sicherstellen, insbesondere durch angemessenen Zugang zur Bildung.

- Versorgungslücken in der Alterssicherung verhindern durch Maßnahmen zur Verlängerung des Erwerbslebens und zur Förderung der Mitgliedschaft in Zusatzversorgungssystemen.
- Herstellen (im Jahr 2006) eines breiten Konsenses über die langfristige Finanzierung des Gesundheitssystems und der Langzeitpflege, in beiden Fällen unter Beibehaltung eines hohen Standards.

## EESTI

**Olukord ja peamised arengusuunad:** Eesti tugev majanduskasv on hakanud kajastuma jätkusuutlikus tööhõive kasvus ja tööpuuduse vähenemises. Samamoodi vähenevad piirkondlikud erisused tööturul. Eesti on juba saavutanud Lissaboni tööhõivealased eesmärgid eakate töötajate ja naiste osas, kuid üldine tööhõive määr (63%) on ELi üldisest eesmärgist 7 protsendipunkti madalam. Töötuse määr vähenes 2004. aastal 9,2 protsendini, kuid on ELi keskmisest jätkuvalt kõrgem. Pikaajalise töötuse määr on samuti jätkuvalt kõrge – 4,8%. Mitte-eestlaste töötuse määr on jätkuvalt kõrgem kui eestlastel. Mittehõivatud elanikkonna tööhõive suurendamise võimalused on head. Üldine haridustase on kõrge, kuid töötajate oskused ei ole sageli tööturu vajadustega kooskõlas. Üldine elatustase on jätkuvalt ELi keskmisest märgatavalt madalam. 2004. aastal oli SKT elaniku kohta ostujõu standardit arvestades 50,6% ELi keskmisest. Vaesusrisk on jätkuvalt kõrge – 18% 2003. aastal. Eesti sotsiaalse kaasatuse riiklik tegevuskava ja muud kättesaadavad tõendid osutavad tõsiste toimetulekuprobleemidele maal, eeskätt seoses eluasemega. Negatiivsete rahvastikuarengute tõttu on elanikkond viimastel aastatel vähenenud. Keskmine eluiga (2002. aastal meestel 66 ja naistel 76,9 aastat) on üks ELi madalaimaid. 2003. aastal kulutati sotsiaalkaitsele 13,4% SKTst, mis on madalaim näitaja ELis (ESSPROS andmed). Tervishoiu kogukulud on viimasel ajal vähenenud ning nii SKT suhtosa poolest kui ka kulutustelt elaniku kohta ostujõu pariteeti arvestades (Maaailma Tervishoiuorganisatsiooni andmetel 2002. aastal vastavalt 5,1% ja 625,26 USA dollarit) on Eesti ELis eelviimasel kohal.

**Sotsiaalne kaasamine:** Eesti esimene sotsiaalse kaasatuse riiklik tegevuskava aastateks 2004–2006 on hästi koostatud ning põhineb pikaajalistel eesmärkidel, mis on määratletud 2003. aasta sotsiaalse kaasatuse ühismemorandumis. Tegevuskavas määratletakse selged eesmärgid, sealhulgas kvantitatiivsed, ning tehakse ettepanekud konkreetsete tegevuste kohta, et neid saavutada. Põhirõhk on aktiivsete tööturumeetmete laiendamisel, et kaasata pikaajalisi töötuid ja teisi riskirühmi uuesti tööturule. Olulist tähelepanu pööratakse ka meetmetele, millega püütakse vältida ja lahendada haridusliku ebavõrdsuse probleeme ning edendada elukestvat õpet. Sotsiaalse kaasatuse riikliku tegevuskava rakendamist toetab erinevate tegevuste kaudu Euroopa Sotsiaalfond. Ette on nähtud tõhustada sotsiaalkaitset, vähendada ja vältida laste ja perekondade vaesust ning kindlustada kohane sissetulek eakatele. Samuti pööratakse tähelepanu laste õiguste kaitsele, sotsiaalteenuste kättesaadavuse parandamisele, sobiva hinnaga eluasemele ning e-kaasatuse suurendamisele. Siiski ollakse tegevuskavas veidi ettevaatlikud, kui arvestada vaesuse ja sotsiaalse tõrjutuse probleemide ulatust Eestis. Mõnikord ei nimetata eesmärkide saavutamiseks konkreetseid meetmeid, vaid pelgalt tegevusvaldkond.

**Pensionid:** Eesti riikliku pensionisüsteemi reform seostas tugevalt pensionid ja individuaalsed sissemaksed ning kohustuslikult ja vabatahtlikult rahastatud pensionisambad. Üleminekukulud hinnatakse mõõdukaks, need nõuavad täiendavaid riiklikke toetusi üksnes aastatel 2007-2012. Kohustuslikult rahastatava skeemi rakendamisel oli positiivne mõju ka vabatahtlikult rahastatavatele skeemidele. Kuigi eakate vaesusmäärad on praegu mõõdukad, on pensionide piisavus tulevikus põhiprobleem, sest juba praegu on pensionide asendusmäär madal ning see näitaja halveneb edaspidi veelgi. Ehkki eakate töötajate tööhõive vastab Lissaboni eesmärkidele, tuleb pöörata tähelepanu eripensioniskeemidele, mis võimaldavad tunduvalt varem pensionile jääda kui üldise vanaduspensioni skeemi puhul. Lisaks on pensionisüsteemi kohustusliku kogumispensioni jaoks vajalikud edasised õigusaktid, et määrata kindlaks pensionite maksmise kord alates 2009. aastast.

**Tervishoid:** Eramaksete suur ja kasvav osakaal (osaliselt seoses hooldustasude suurusega) on kõige haavatavamatele rühmadele raske rahaline koorem, mis mõjutab tervishoiuteenuste kättesaadavust. Teine probleem on geograafiline ligipääs kaugemates piirkondades. Ametiasutused tunnistavad nende probleemide lahendamise vajalikkust. Eriti rõhutatakse piisava pikaajalise hoolduse võimaldamise tähtsust. Selleks eraldatakse lisaraha ning haiglate liigseid vahendeid vähendatakse ja need suunatakse hooldusravisse. Teised strateegiad hõlmavad kodu- ja päevahoolduse pakkumise suurendamist koostöös omavalitsustega, rahalist ja muud abi hooldajatele ning pikaajaliste hooldusvajaduste individuaalset hindamist geriaatria valdkondadevaheliste rühmade poolt. Ametiasutused soovivad perearstisüsteemi kui pöördumise ja esmatasandi abi edendamise kaudu tõhustada ressursside kasutamist. Pikaajalise hooldusteenuse võimaldamine kodus ja selle lähedal (asutuses hooldamise asemel) parendab võib-olla ressursside kasutust ning tõstab suureneva isikliku vabaduse ja paindlikkuse kaudu hoolduse kvaliteeti.

**Riiklik reformikava:** Riiklikus reformikavas (NRP) on mitmed sotsiaalset kaasatust tõenäoliselt toetavad meetmed. Ühed olulisemad riiklikus reformikavas käsitletud probleemid on madal tööhõive, struktuurne töötus, oskused ja elukestev õpe. Kavas on edasi arendada avalikke tööturuteenuseid ning paremini seostada tööturg ja sotsiaalteenused. Neid meetmeid täiendavad riskirühmadele kavandatud erilahendused. Mõningaid mitteaktiivsete ja töötute inimeste rühmi, nt rahvusvähemusi, riiklikus reformikavas siiski ei käsitleta. Naiste tööhõive suurendamiseks parandatakse lastehooldusteenuste kättesaadavust. Muude meetmete kasutamist naiste tööhõive suurendamiseks, näiteks soolise võrdõiguslikkuse meetmed, reformikavas ei kaaluta. Eelkõige kutseõppega seoses ja elukestva õppe toetamiseks esitatakse mitmeid meetmeid, et haridus- ja koolitustaset parendada ning muuta need kättesaadavamaks. Reformikavas toonitatakse vajadust saavutada nii pensionide piisavus kui ka jätkusuutlikkus eelkõige pensionilemineku iga tões. Samas märgitakse ka vajadust jätkata pensionireformi ja rõhutatakse tervishoiuteenuste kättesaadavamaks muutmise tähtsust.

### **Edasised ülesanded:**

- Suurendada rahvusvähemuste ja riskirühmade osalust tööturul ning tugevdada halduskorraldust sotsiaalse kaasatuse edendamiseks riigi poliitikas; tagada parem kooskõlastamine asjaomaste organisatsioonide vahel.
- Vähendada väikese sissetuleku tõttu vaesusohus olevate inimeste suurt osakaalu ja kindlustada piisav sissetulek puudust kannatavatele, eriti lastega perekondadele, vanuritele ja puuetega inimestele.
- Tagada, piisavate pensionide tarvis küllaldaselt ressursse ning korraldada pensionisäästude muutmise usaldatavaks pensionikindlustuseks.
- Suurendada süsteemi tõhusust parandades esmatasandi meditsiiniteenuseid ja suurendades pikaajalise hoolduse võimalusi.

### **ΕΛΛΑΔΑ**

**Κατάσταση και κύριες τάσεις:** Την τελευταία δεκαετία το πραγματικό ΑΕγχΠ αυξήθηκε με ταχύτερους ρυθμούς, ξεπερνώντας το μέσο όρο των 25 χωρών της ΕΕ. Το 2003 ο ρυθμός αύξησής του ήταν 4,7% και το 2004 4,2%. Σύμφωνα με τις προβλέψεις για το 2005-2006, ο εν λόγω ρυθμός, παρά την ελαφρά κάμψη που αναμένεται να σημειώσει, θα παραμείνει σε υψηλά επίπεδα. Ωστόσο, η δημιουργία θέσεων εργασίας ήταν γενικά χαμηλή, με αξιοσημείωτη εξαίρεση το 2004, και το ποσοστό απασχόλησης συνεχίζει να υστερεί σε σχέση με το μέσο όρο της ΕΕ25 (59,4% έναντι 63,3% το 2004). Το ποσοστό απασχόλησης των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας ανήλθε στο 39,4% το 2004, δύο ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα από ό,τι το 2003 και κατά πολύ μικρότερο από το στόχο της Λισσαβώνας. Η ανεργία μειώθηκε σταδιακά από το 2000 αλλά παραμένει υψηλή σε σχέση με το μέσο όρο της ΕΕ25 και συνεχίζει να πλήττει κυρίως τους νέους και τις γυναίκες. Οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας ως ποσοστό του ΑΕγχΠ αγγίζουν σχεδόν το μέσο όρο της ΕΕ και το 2003 ανήλθαν στο 26,3 (στοιχεία ESSPROS). Και πάλι το 2004 το ποσοστό φτώχειας στην Ελλάδα ανήλθε στο 20%. Οι δαπάνες για τις συντάξεις το 2004 ήταν 12,3% αλλά έως το 2050 προβλέπεται να σημειώσουν αλματώδη αύξηση. Το προσδόκιμο επιβίωσης (76,5 έτη για τους άνδρες και 81,3 για τις γυναίκες το 2003) είναι ένα από τα υψηλότερα της ΕΕ, ενώ το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης (66,7 έτη για τους άνδρες και 68,4 για τις γυναίκες το 2003) είναι κατά πολύ ανώτερο του μέσου όρου. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕγχΠ (9,5% το 2002, βάση δεδομένων ΠΟΥ-HFA) βρίσκονται πάνω από τον κοινοτικό μέσο όρο, ενώ τα τελευταία έτη παρουσιάζουν σταθερότητα. Ωστόσο, οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης (1814 το 2002, βάση δεδομένων ΠΟΥ-HFA) υπολείπονται του κοινοτικού μέσου όρου και οι υψηλές δαπάνες για ιδιωτικές υπηρεσίες περίθαλψης της υγείας - σχεδόν το ήμισυ των συνολικών δαπανών - υποδηλώνουν πιθανές ανισότητες στην πρόσβαση ευάλωτων ομάδων.

**Κοινωνική ενσωμάτωση:** Τα τελευταία έτη έλαβαν χώρα όλο και περισσότερες μεταρρυθμίσεις, έτσι ώστε να βελτιωθούν οι ικανότητες κάλυψης των υφιστάμενων και των εμφανιζόμενων αναγκών όλων των πολιτών που κινδυνεύουν από τον κοινωνικό αποκλεισμό και τη φτώχεια. Η βάση της στρατηγικής που εφαρμόστηκε αποτέλεσε έναν συνδυασμό γενικών και ειδικών πολιτικών για την αντιμετώπιση των κύριων κοινωνικών προβλημάτων της χώρας. Το μίγμα της πολιτικής για την απασχόληση ύστερα από τη δημιουργία του ΕΣΔ για την κοινωνική ενσωμάτωση αντικατοπτρίζει μια στροφή από τη στήριξη των εισοδημάτων και άλλα παθητικά μέτρα προς τη βελτίωση της απασχολησιμότητας των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων. Για ορισμένες από αυτές έχουν δρομολογηθεί μια σειρά ολοκληρωμένων σχεδίων δράσης που συμπληρώνουν τα μέτρα απασχολησιμότητας. Τα μέτρα εισοδηματικής στήριξης διευρύνθηκαν σε περισσότερες ενδεείς κοινωνικές ομάδες αλλά μέχρι στιγμής δεν έχει υπάρξει μια δέσμευση για ένα «εγγυημένο ελάχιστο εισόδημα» κάποιας μορφής. Επίσης, οι δομές και τα προγράμματα για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης και φροντίδας αυξήθηκαν σημαντικά στο σύνολο της χώρας. Οι δομές και τα προγράμματα αυτά συγχρηματοδοτούνται σε μεγάλο βαθμό από το ΕΚΤ. Ένας περιορισμένος αριθμός δράσεων που αναλήφθηκαν για τη βελτίωση της διακυβέρνησης και την κινητοποίηση όλων των αρμόδιων φορέων δεν έχουν μέχρι στιγμής αποδώσει ικανοποιητικούς καρπούς, γεγονός που δυσχέρανε την ουσιαστική εφαρμογή στρατηγικών παρεμβάσεων.

Η ποιοτική και η ποσοτική αναβάθμιση και επέκταση της παροχής υπηρεσιών στις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες δημιουργεί τους περισσότερους προβληματισμούς. Όσον αφορά το θέμα αυτό, έχει ζωτική σημασία να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα των δαπανών κοινωνικής προστασίας. Ιδιαίτερα σημαντικά βήματα αποτελούν οι προσπάθειες καταπολέμησης της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου και η προώθηση της διά βίου μάθησης. Η ταχεία και αποτελεσματική εφαρμογή τους αποτελεί ωστόσο βασικό προαπαιτούμενο για την επιτυχία τους. Άλλες προκλήσεις που απομένει να αντιμετωπισθούν είναι η δημιουργία ενός δικτύου ασφαλείας για όλες τις ομάδες που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, η ένταξη των μεταναστών στην κοινωνία και η άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων.

**Συντάξεις:** Η εφαρμογή της μεταρρύθμισης του 2002 θεωρείται ζωτικής σημασίας τόσο για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος συνταξιοδότησης και την ενίσχυση της αξιοπιστίας του, όσο και για να προλειάνει το έδαφος για πρόσθετες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, ορισμένες πτυχές των οποίων έχουν ήδη δρομολογηθεί. Προκειμένου 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 κατά κύριο λόγο στην αύξηση του ποσοστού 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.

Παρότι οι περισσότερες πρόσφατες μεταρρυθμίσεις εισήγαγαν ενισχυμένα 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. Η σταδιακή εξίσωση της προβλεπόμενης ηλικίας συνταξιοδότησης ανδρών και γυναικών καθώς και των ατόμων που καταβάλλουν

εισφορές στο σύστημα πριν από το 1993 μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο εξέτασης.

**Περίθαλψη υγείας και μακροχρόνια περίθαλψη:** Οι αρχές προσπαθούν να βελτιώσουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες συνεκτιμώντας τις γεωγραφικές διαφορές. Στο πλαίσιο αυτό, διατέθηκαν έκτακτα κονδύλια στις υπηρεσίες του τομέα, έτσι ώστε να ενισχυθούν οι δυνατότητες και η κατανομή τους (συμπεριλαμβανομένων των κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της νοσοκομειακής περίθαλψης).

Κύριος σκοπός των αρχών είναι να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης υγείας και της μακροχρόνιας περίθαλψης με τη λήψη διαφόρων μέτρων. Σύμφωνα με τις προκαταρκτικές δηλώσεις πολιτικής, μία από τις προτεραιότητες επικεντρώνεται στη γενίκευση της χρήσης των ΤΠΕ, στην αύξηση της συλλογής και της χρήσης δεδομένων, στην ανταλλαγή πληροφοριών και στη βελτίωση της πρόσβασης σε αυτές καθώς και στην αποτελεσματικότητα του συστήματος. Στα άλλα προτεινόμενα μέτρα συγκαταλέγονται: οι απαιτήσεις ποιότητας, η πιστοποίηση, η επιθεώρηση και ο έλεγχος ποιότητας των εγκαταστάσεων, καθώς και η καλύτερη εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών (π.χ. Συνήγορος της Υγείας). Η έμφαση στα κέντρα παροχής ημερήσιας περίθαλψης κατ' οίκον και κοντά στον τόπο κατοικίας (που αναπτύσσονται σε τοπικό επίπεδο) καθώς και η στήριξη των άτυπων φορέων περίθαλψης έχει σκοπό τόσο να αποφέρει οφέλη ποιότητας όσο και να προσδώσει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη χρήση των πόρων εν όψει της γήρανσης του πληθυσμού.

Η γήρανση, οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, η υπέρμετρη και αδικαιολόγητη χρήση των φαρμάκων και της τεχνολογίας, καθώς και η ποδηγετούμενη από την προσφορά ζήτηση συνιστούν προκλήσεις για τη δημοσιονομική βιωσιμότητα του συστήματος. Οι προκλήσεις αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη διεύρυνση της μηχανοργάνωσης και τη βελτίωση της χρήσης των στοιχείων, τον εξορθολογισμό των ιατρικών συνταγών, της λήψης φαρμάκων και της χρήσης της τεχνολογίας, τη διαφάνεια στις συμβάσεις προμηθειών, την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος παραπομπής των ασθενών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τις πολιτικές με βάση την πρόληψη και τη δράση παράτασης του επαγγελματικού βίου.

**Εθνικό πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων:** Στο ΕΠΜ ιδιαίτερη έμφαση δίνεται, όσον αφορά την ενσωμάτωση, στα αποτελέσματα που προσδοκούνται από τις μεταρρυθμίσεις πολιτικής που περιγράφονται. Παρουσιάστηκε η επικείμενη σύσταση του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας, αποστολή του οποίου θα είναι, μεταξύ άλλων, να εξετάσει κατά πόσο πρέπει να καθοριστούν τα όρια της φτώχειας. Αναφέρονται δράσεις για τη στήριξη της οικογένειας, για τη χρηματική αρωγή των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού διάφορων ομάδων που διατρέχουν τον κίνδυνο αυτό, όπως τα άτομα με αναπηρία ή οι μετανάστες. Άλλα θέματα που μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη και την απασχόληση, όπως η ενίσχυση της διά βίου μάθησης, ιδίως των ευάλωτων ομάδων, η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, που μπορεί να αποτελέσει δίχτυ προστασίας για ορισμένες από τις ομάδες σε συνθήκες φτώχειας, η καταπολέμηση της ανεργίας των νέων και η προώθηση πολιτικών για τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας χρήζουν μεγαλύτερης διασαφήνισης. Επιπλέον, πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην ένταξη των μεταναστών.

Το ΕΠΜ δεν περιέχει μια ολοκληρωμένη στρατηγική για τη μεταρρύθμιση των συντάξεων, με εξαίρεση τον τραπεζικό τομέα, και μεταθέτει την ανάληψη ενεργειών για την αντιμετώπιση σημαντικών προκλήσεων σε μια μελλοντική κοινωνική συμφωνία, γεγονός που καταδεικνύει ότι υπάρχει σημαντικό περιθώριο βελτιώσεων με σκοπό την καταλληλότητα και τη βιωσιμότητα του συστήματος συντάξεων.

Όσον αφορά τη μεταρρύθμιση της περίθαλψης υγείας, τα μέτρα που ανακοινώθηκαν στο ΕΠΜ είναι στη σωστή κατεύθυνση, αν και, με μεγαλύτερη σαφήνεια και περισσότερες λεπτομέρειες, θα μπορούσαν να διασφαλιστούν καλύτερα τα προσδοκώμενα αποτελέσματά τους.

### **Προκλήσεις για το μέλλον:**

- Ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση και επέκταση της παροχής υπηρεσιών στις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.
- Πλήρης κινητοποίηση των αρμόδιων παραγόντων με σκοπό να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των δαπανών κοινωνικής προστασίας.
- Εφαρμογή πολυδιάστατων προσεγγίσεων πολιτικής με σκοπό την επίτευξη προόδου στην ένταξη των μεταναστών σε όλες τις πτυχές της ζωής.
- Εξασφάλιση των υφιστάμενων και μελλοντικών συντάξεων κατάλληλου επιπέδου και παράλληλα συνέχιση των προσπαθειών για τη βελτίωση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας του συστήματος συντάξεων σε μεσοπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο επίπεδο, ιδίως με την αύξηση της απασχόλησης με σκοπό τη διεύρυνση της βάσης καταβολής εισφορών.
- Βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και συγκράτηση των δαπανών, π.χ. με την εφαρμογή αποτελεσματικότερων συστημάτων παραπομπής, τον εξορθολογισμό των υπηρεσιών περίθαλψης και την αποτελεσματικότερη πρόληψη.

## **ESPAÑA**

**Situación y tendencias clave:** Durante 2003 y 2004, el empleo y la economía españoles experimentaron un crecimiento importante. La economía creció un 3,0 % en 2003 y un 3,1% en 2004 (un 1,2 % y un 2,4 % respectivamente en la Europa de los Veinticinco). A pesar de dicho crecimiento económico, el 20 % de la población estaba por debajo del umbral de riesgo de pobreza en 2003 (un 16 % en la UE) y este riesgo afectaba especialmente a las personas mayores. España continúa teniendo uno de los niveles de gasto social más bajos de la UE en porcentaje del PIB [un 19,7 %, frente al 28 % en la UE – datos del sistema europeo de estadísticas integradas sobre protección social (ESSPROS)]. La esperanza de vida (76,9 años en el caso de los hombres y 83,6 años en el de las mujeres, en 2003) y la esperanza de vida sana (un 66,8 % para los hombres y un 70,2 % para las mujeres, en 2003) son de las más altas en la UE. El gasto sanitario total en porcentaje del PIB y en PPA USD per cápita (7,6 % y 1 646 en 2002 – Base de datos HFA de la OMS) están por debajo de la media de la UE. España ha experimentado un importante aumento de población (más de tres millones entre 1998 y 2005) a consecuencia de los flujos migratorios. Cabe también la posibilidad de que estos flujos migratorios tengan un efecto favorable en el coeficiente de dependencia de las personas de más edad. El número de trabajadores extranjeros que se incorporan al mercado laboral y el aumento del empleo femenino son los principales factores que explican el crecimiento del índice general de empleo (más de diez puntos porcentuales desde 1996) hasta el 61,1 % de 2004. Sin embargo, el índice

de empleo sigue estando por debajo de la media de la UE y el empleo de duración determinada (un 33,3 % en el segundo trimestre de 2005) es el más alto de la UE y afecta sobre todo a las mujeres y a los jóvenes.

**Inclusión social:** El principal objetivo del PNA Inclusión de España es combinar el crecimiento económico con el bienestar social, eliminando los desequilibrios territoriales, reduciendo las disparidades y previniendo la exclusión social. Un elemento clave es el aumento tanto del salario mínimo como de las pensiones más bajas. Además, también se incluyeron en el PNA algunas medidas relativas a las personas con discapacidad, un nuevo plan nacional de vivienda, una revisión del sistema de subvención de las ONG y acciones para combatir el abandono escolar prematuro. Una medida importante ha sido la regularización de los inmigrantes indocumentados, que ha ayudado a reducir el trabajo no declarado y a aumentar la protección social de los trabajadores inmigrantes. Con respecto a la dependencia, debe mencionarse la elaboración de un Libro Blanco y la preparación de una nueva ley, así como el establecimiento de un fondo público específico. En relación con la violencia de género, la nueva Ley contra la Violencia de Género garantiza a las víctimas protección física y defensa jurídica. Los grupos vulnerables se enfrentan a problemas específicos: el índice de contratos de duración determinada es entre los jóvenes muy elevado y su acceso a la vivienda, difícil; entre las mujeres se da un mayor índice de desempleo que entre los hombres, la tasa de contratos temporales y a tiempo parcial (no elegidos voluntariamente) es entre ellas alta y sus salarios son más bajos que los de los hombres; el índice de desempleo de las personas con discapacidad es mucho más alto, así como las dificultades añadidas a las que deben hacer frente por las barreras físicas existentes; los inmigrantes encuentran problemas para integrarse adecuadamente en el sistema escolar y soportan condiciones de vivienda malas; los gitanos, a pesar de la mejora general de sus condiciones de vida, están aún en una situación de clara desigualdad frente al resto de la población, especialmente en los sectores de la sanidad, el empleo y la vivienda, y con respecto a la renta familiar. Es preciso también mejorar las estadísticas nacionales y los informes y encuestas oficiales para cuantificar el impacto de las políticas de inclusión social en la población gitana. Entre 2000 y 2003, más de un millón y medio de personas participaron en actividades cofinanciadas por el FSE y la iniciativa comunitaria EQUAL en materia de inclusión social.

**Pensiones:** Las reformas recientes, en particular a través de una mayor proporcionalidad entre cotizaciones y prestaciones y la aplicación gradual de la reforma de las pensiones mínimas, deberían traducirse en una mejora de la adecuación de las pensiones y en una reducción de las diferencias entre hombres y mujeres en materia de nivel de vida y riesgo de pobreza. Gracias al crecimiento económico sostenido y a la disciplina requerida por la Ley de Estabilidad Presupuestaria, España ha realizado esfuerzos importantes para equilibrar las finanzas públicas. Por otra parte, el sistema nacional de seguridad social experimenta saldos positivos desde 1999. España se enfrenta a un desafío importante con respecto a la sostenibilidad financiera por razón de las tendencias demográficas. Se prevé que casi todo el aumento de los gastos de pensión tendrá lugar después de 2015. Aunque hay un fondo de reserva que permitiría retrasar los déficits hasta 2020, a fin de asegurar una transición sin problemas, pronto serán necesarias reformas adicionales para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de pensiones a largo plazo. A este respecto, recientemente se ha intensificado el trabajo efectivo de la Mesa de diálogo social

sobre protección social. Dado el bajo índice de empleo femenino y la escasa participación de las personas de más edad, se precisan nuevos esfuerzos para aumentar las tasas de participación en el mercado de trabajo, algo que contribuiría a mantener la sostenibilidad y la adecuación de las prestaciones. Esto podría lograrse a través de otras medidas propuestas por el Gobierno, en particular la vinculación más estrecha entre nivel de cotizaciones y el nivel de prestaciones en el caso de las pensiones contributivas, la promoción de la jubilación flexible y progresiva, y la imposición de más restricciones a los sistemas de jubilación anticipada.

**Asistencia sanitaria y prestaciones de dependencia:** El Gobierno considera que los principales retos son la consolidación de la financiación del sistema, el control de los costes, la coordinación del servicio y la integración de los diversos servicios sanitarios en el Servicio Nacional de Salud. Según una declaración política preliminar, la prestación adecuada y la financiación equitativa de servicios de dependencia están entre los objetivos principales de las autoridades, ya que se considera que tales servicios son insuficientes y están desigualmente desarrollados en las regiones para hacer frente a la demanda creciente de cuidados debido a los cambios socioeconómicos y al envejecimiento. La atención a las personas dependientes (asistencia domiciliaria, centros de día, hospitales o centros residenciales) requerirá una mejor coordinación de los servicios sanitarios y sociales de cada comunidad autónoma, así como la participación y la coordinación de las administraciones regionales y locales. Los subsidios, los beneficios fiscales y los permisos por razones familiares apoyan el cuidado informal, la atención primaria de la salud y la prestación de ayuda a domicilio. El desarrollo de la prestación de dependencia está vinculado a un proceso de debate nacional que ha servido de base para elaborar el Libro Blanco sobre la Dependencia, que contempla varias medidas innovadoras. Se va a presentar al Parlamento un anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes, una vez que se haya acordado con los interlocutores sociales, los gobiernos locales y regionales y las organizaciones representativas de las personas mayores y con discapacidad. En cuanto a la financiación, la participación de los beneficiarios en función de su renta tiene por objeto incrementar la financiación del sistema de dependencia garantizando el acceso de los más vulnerables. Por último, este proceso debe relacionarse con los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para los mayores, que tienen por objeto aumentar la esperanza de vida.

**Programa Nacional de Reformas de España:** El PNR reconoce varios problemas específicos puestos de manifiesto en el PNA Inclusión, tal como el gran número de abandonos escolares prematuros [a este respecto, el PNR establece el objetivo de reducir a la mitad (de un 30 % en 2004 a un 15 % en 2010) la tasa de abandono escolar prematuro]; la necesidad de integrar mejor a los alumnos inmigrantes en el sistema escolar, y la necesidad de facilitar el acceso de los jóvenes a la vivienda, si bien el PNR no menciona explícitamente el PNA Inclusión. Con respecto al sistema de pensiones, el PNR refleja la importancia de adoptar nuevas medidas en materia de reforma de las pensiones, en particular de las pensiones mínimas y del diseño de las pensiones contributivas, y en especial de aumentar la proporcionalidad entre cotizaciones y prestaciones (Pacto de Toledo renovado).

### **Retos futuros:**

- Hacer frente a las necesidades y las demandas derivadas del envejecimiento de la población, incluyendo la garantía de prestación y financiación equitativa de los servicios de dependencia.
- Aumentar la participación, sobre todo de las mujeres, en el mercado laboral; esto ayudaría a asegurar la sostenibilidad y la adecuación del sistema de pensiones.
- Elaborar y aplicar medidas apropiadas para apoyar la integración de los inmigrantes.
- Abordar la tasa alarmante de abandono escolar prematuro (y el consiguiente aumento del riesgo de exclusión social).

## **FRANCE**

**Situation et tendances clés :** Après une reprise soutenue de la croissance en 2004 (2,3%), l'activité économique s'est à nouveau ralentie en 2005. La progression de l'emploi est très faible depuis 2001. Le taux d'emploi global, 63,1%, est proche de la moyenne européenne, mais la situation est moins favorable pour les travailleurs âgés (37,3%) en dépit d'une hausse constante depuis 2001. Le taux de chômage, qui a continué à croître en 2004 pour s'établir à 9,6% (23,3% pour les jeunes), donne des signes d'amélioration depuis mi-2005. Le chômage de longue durée touche 3,9% de la population active. Le maintien d'un chômage structurel élevé est un facteur important de risque de pauvreté, accru pour les non ressortissants de l'UE dont le taux de chômage atteint 29,8% en 2003 (données nationales). Si le risque de pauvreté, estimé à 14% en 2003, a peu évolué depuis 2001, la pauvreté « administrative » (bénéficiaires de minima sociaux) s'est accrue, notamment du fait de l'augmentation des allocataires du RMI (revenu minimum d'insertion) liée à la réforme de l'indemnisation du chômage. La part des dépenses de protection sociale dans le PIB, 30,9% au total et 13% pour les pensions (2003 – source: SESPROS), reste stable. L'espérance de vie (75,9 ans pour les hommes et 82,9 ans pour les femmes en 2003) est supérieure à la moyenne européenne. Les dépenses de santé, au second rang européen par rapport au PIB et par habitant en PPP\$ (9,7% et 2736 en 2002 - OMS-HFA), ont augmenté régulièrement au cours des dernières années.

**Inclusion sociale :** Dans la continuité des politiques menées depuis 1998, la stratégie mise en œuvre en 2003-2005 se fondait sur un large éventail de mesures déclinant les quatre objectifs de Nice avec une forte priorité à l'emploi. 90% des dispositions prévues ont été mises en œuvre. À partir de 2004, la lutte contre l'exclusion a bénéficié d'une relance de la dynamique politique avec le plan de cohésion sociale (PCS) 2005-2009, consacré à l'emploi, au logement et à l'égalité des chances, prolongé en 2005 par un plan d'urgence pour l'emploi. Le PCS met l'accent sur la restructuration du service public de l'emploi, la refonte des contrats aidés, le renforcement de l'accompagnement et une action prioritaire en faveur des jeunes. Les mesures en matière d'emploi visent à sécuriser les parcours pour faire du chômage une réelle période d'activation. Le rôle accentué du secteur marchand dans l'insertion professionnelle s'accompagne d'un renforcement plus récent des emplois aidés dans le secteur public et associatif, confortant le traitement social du chômage. Le phénomène des travailleurs pauvres (2 millions en 2001 au seuil de 60% du niveau de vie médian) est traité via plusieurs dispositifs dont l'intéressement. Le PCS amplifie l'effort engagé pour accroître l'offre de logements et promouvoir l'égalité des chances

en faveur des territoires et publics menacés d'exclusion (on relèvera la création de la Haute autorité de lutte contre les discriminations - HALDE - et le renforcement des actions destinées aux publics scolaires fragiles et aux territoires avec une part importante de publics en difficulté).

Depuis 2004, l'État a renouvelé sa fonction de pilotage (coordination interministérielle avec un document transversal présentant des indicateurs et objectifs de performance dans le cadre de la réforme budgétaire, conférences nationales en 2004 et 2006 précédées de forums locaux). Si l'approche par objectif reste prudente, limitée essentiellement à des objectifs de mise en oeuvre des mesures, la réforme budgétaire devrait permettre de les compléter.

**Pensions :** La réforme de 2003 a considérablement amélioré le financement du système des pensions pour des décennies à venir. Elle a préservé la structure de base du système actuel tout en contribuant à le rendre plus équitable à l'égard des bénéficiaires des différents régimes. Des mesures supplémentaires seront toutefois nécessaires pour assurer la viabilité financière à long terme du système des pensions. Si l'adéquation actuelle du système ne constitue pas un problème majeur, une baisse des taux de remplacement prospectifs est attendue à l'avenir, et les niveaux des pensions devront dès lors être surveillés avec attention, en particulier pour les couches les plus vulnérables de la population.

Le taux d'emploi des travailleurs âgés reste relativement bas malgré de récentes augmentations. Bien que la dernière réforme ait renforcé les mesures d'incitation à la prolongation de l'activité professionnelle, des mesures supplémentaires seront peut-être nécessaires pour lutter contre les départs précoces du marché du travail. Les réformes actuelles ne porteront réellement leurs fruits que si elles s'accompagnent d'une stratégie efficace et durable qui permette d'augmenter le taux de participation au marché du travail des travailleurs âgés et le taux d'emploi de manière générale.

**Soins de santé et soins de longue durée :** Le système français offre une couverture médicale étendue à tous les résidents. Des variations sont toutefois observées, en matière de recours aux soins, entre les différents groupes sociaux. Créée afin d'éviter que les groupes sociaux défavorisés doivent prendre en charge une participation financière ou des primes d'assurance complémentaire qui constitueraient pour eux un fardeau financier, la couverture maladie universelle complémentaire couvre les honoraires et les primes d'assurance des groupes à faibles revenus. De nombreuses dispenses/réductions d'honoraires sont en outre prévues, y compris une prise en charge à 100% des dépenses de santé des patients atteints d'affections de longue durée. Les disparités géographiques, en matière d'offre de soins, (entre régions, zones urbaines et zones rurales) constituent un autre défi. Les autorités envisagent d'accroître l'offre de médecins de première ligne dans les régions déficitaires. Un système d'offre basé sur les besoins est en outre appliqué dans le domaine des soins hospitaliers.

L'importance et l'augmentation des dépenses de santé a donné lieu à l'application de plusieurs mesures visant à maîtriser les coûts et à rationaliser l'utilisation des ressources, mesures qui prévoient notamment le remboursement suivant estimation, encouragent la prescription de médicaments génériques, prévoient de financer les hôpitaux en fonction de leurs activités, appliquent aux salaires un prélèvement supplémentaire de 0,3% en conséquence de l'adoption d'un jour de travail supplémentaire et grèvent certains revenus d'une nouvelle taxe de 0,3% dans le but de

financer les soins de longue durée. La réforme de 2004 vise en outre à améliorer l'efficacité du système d'orientation du patient grâce à des incitants financiers et au dossier médical afin de permettre une utilisation plus rationnelle des ressources. Une évaluation technologique, l'élaboration et l'utilisation d'un large éventail d'indicateurs devraient permettre d'améliorer la qualité et l'efficacité du système.

**Programme national de réforme :** Le PNR, élaboré selon un processus interministériel, est globalement cohérent par rapport aux défis identifiés dans le rapport conjoint 2005 sur la protection sociale et l'inclusion sociale en ce qui concerne l'emploi, la réforme du système des retraites et la mise en œuvre d'une nouvelle culture budgétaire fondée sur la performance. La perspective « inclusion sociale » apparaît dans les mesures d'accès ou de retour à l'emploi, avec un accent sur les jeunes et les bénéficiaires de minima sociaux, figurant déjà dans le plan de cohésion sociale. La création de la HALDE est également mentionnée ainsi que la dimension territoriale de l'inclusion sociale.

**Défis à relever :**

- dans le cadre de la politique de développement de l'emploi, promouvoir l'accès et le retour 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 personnes appartenant aux minorités visibles, en particulier les jeunes d'origine étrangère des seconde et troisième générations ;
- résorber la crise du logement, notamment dans les zones urbaines les plus exposées ;
- conforter le *mainstreaming* de l'inclusion sociale dans le cadre de la réforme budgétaire et assurer une cohérence entre les interventions de l'État et des collectivités territoriales ;
- assurer l'adéquation et la viabilité financière du système des pensions en créant les conditions nécessaires pour prolonger l'activité professionnelle des travailleurs âgés, et répondre positivement à l'amélioration des mesures d'incitation à l'emploi dans le système des pensions.
- continuer à prêter l'attention voulue au fardeau financier que constituent les soins médicaux pour les groupes sociaux défavorisés et les patients atteints d'affections de longue durée, lutter contre les disparités géographiques en matière d'offre de soins et améliorer la qualité des soins tout en contrôlant les dépenses, essentiellement en améliorant l'efficacité du système d'orientation du patient, les mesures d'incitation et l'utilisation de médicaments génériques.

## IRELAND

**Situation and key trends:** Ireland's performance is characterised by sustained economic growth (GDP +5.4% in 2004), an improving employment rate and continued low levels of unemployment (4.5%) and long-term unemployment (1.6%). In this context, inactivity levels are relatively high (30.5%, close to the EU average), and Ireland is increasingly dependent on migrant workers to meet the demand for labour. Significant increases in incomes from employment, and particularly the growth of two-income households, contributes to the proportion at risk of poverty (21%) remaining amongst the highest in the EU, with elderly people, larger families and lone parents particularly at risk. The moderate level of coverage of income-related pension provision is reflected in the average incomes of older people (about 60% of that of the population aged 0-64). Expenditure on social protection has increased substantially in real terms in recent years, and has also increased as a proportion of GDP – from 15% (2001) to 16.5% (2003) (EU 28% in 2003 – ESSPROS data). Life expectancy (75.8 and 80.7 years for males and females in 2003) is about average as is healthy life expectancy (63.4 and 65.4 years for males and females in 2003). Total health expenditure as a percentage of GDP (7.3% in 2002 – WHO-HFA database) is below average, while per capita PPP\$ (2367 in 2002 – WHO-HFA database) is above average.

**Social inclusion:** Ireland has continued to follow the strategic approach set out in 2003, which takes into account the multi-dimensional and complex nature of poverty and social exclusion, and is centred on increased employment and employability and improvements in benefit levels and in access to services. A shift in emphasis towards addressing the issue of jobless households (and inactivity) is signalled in the 2005-06 update report. Progress across the range of 35 targets set out in the 2003-05 NAP has been variable. Increases in social security payments should ensure that the key income support target will be met while progress is also being made on reaching employment rate targets. A more mixed picture emerges in relation to other areas such as health and education but the recent establishment of the Health Services Executive and the recent publication of an action plan on educational inclusion (Delivering Equality of Opportunity in Schools) are both potentially positive steps. As regards vulnerable groups, progress is particularly evident in relation to people with disabilities and the elderly, compared with other groups, notably Travellers. The absence of base-line data limits reporting capacity but efforts are underway to address these deficiencies. While progress is being made in raising awareness among policy makers of gender issues, continuing efforts are required to ensure that the gender dimension is fully taken into account in the development and implementation of policies.

**Pensions:** Ireland has made progress in making provisions for increasing the adequacy of pensions and further steps have been announced by the government. Nevertheless, extended coverage of supplementary pension provisions is important to ensure the effectiveness of the income replacement function of pension systems. The national strategy report pointed out that early retirement is still common, in particular for reasons of illness or disability. Although employment rates of older workers have already reached the European target of 50%, further strengthening of incentives to work longer would contribute to ensuring future adequacy and sustainability. The 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, despite projected major increases in future pensions expenditure. The commitment to monitoring the adequacy of contribution rates through regular actuarial reviews should help to react to indications of a need for adjustments, and thus help to keep the system on a sustainable footing.

**Health and long-term care:** One challenge identified is service fragmentation and lack of service coordination, which has impacted negatively on access and on the quality and financial sustainability of the system. The authorities consider the creation of the Health Service Executive as a first step towards improved coordination bringing together various health-related agencies in charge of care delivery. The lack of capacity in the acute system and the organisation of emergency services are addressed by the government through increased funding and capacity, through better coordination and through a clearer definition of tasks to improve patient flows. Measures to reduce waiting times include a fund to facilitate treatment for all those waiting more than three months. Addressing the potential financial burden on patients in the health and long-term care sectors remains a challenge, as does the provision of long-term care services.

Standards and guidelines, inspection of facilities and accreditation involving self-assessment and peer review are means to bring about quality gains. Finally, a focus on technology assessment and evidence-supported best practice is thought to improve both quality and efficiency of care. Indicative drugs targets for GPs, emphasis on the use of generics and centralised procurement of drugs are some measures to curb increases in expenditure on medicines. A process of consulting older users and carers is intended to increase system responsiveness. Several prevention and promotion initiatives are intended to tackle health inequalities and improve the general health status of the population.

**National Reform Programme:** The NRP notes explicitly that Ireland's approach to social inclusion is set out in the 2003-05 NAP, as well as in the National Anti-Poverty Strategy 2002-07. The need to extend coverage of supplementary pension provision is a key part of a Pensions review cited in the NRP, and the NRP also addresses the need to have a more inclusive labour market and measures to tackle educational disadvantage.

#### **Challenges ahead:**

- To sustain investment in service provision, notably in relation to childcare and elder care;
- To address the high proportion at risk of poverty, affected particularly in recent years by increased employment and economic growth, and reflected in income disparities which are amongst the highest in the EU;
- 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 wider coverage by supplementary private schemes;
- To increase healthcare capacity in various areas and improve service integration and coordination to improve patient flows.

## ITALIA

**Situazione e principali tendenze:** Malgrado la debole crescita economica la creazione dei posti di lavoro è continuata ed il tasso d'occupazione è passato al 57,6% nel 2004 mentre la disoccupazione è diminuita all'8%. Il miglioramento è andato soprattutto a vantaggio delle donne e, in minor misura, dei lavoratori più anziani (malgrado il tasso d'occupazione dei lavoratori tra i 55 e i 64 anni rimanga basso, al 30,5% nel 2004), ma le debolezze strutturali non sono ancora state superate: le differenze regionali sono ancora importanti e i tassi d'occupazione rimangono in generale piuttosto bassi. Nel 2003 il tasso delle persone a rischio di povertà in Italia era del 19% e i dati nazionali basati sul reddito indicano che la situazione è stabile dal 2000. Tuttavia i dati ufficiali per il 2003 basati sulle spese al consumo indicano una lieve diminuzione del numero di persone al di sotto della soglia di povertà. Il profilo della povertà e dell'esclusione non è cambiato, poiché interessa principalmente le famiglie numerose e quelle in cui il capofamiglia è disoccupato e rimane concentrata principalmente al sud. Nel 2003 l'Italia ha speso il 26,4% del PIL per la protezione sociale. Prendendo in considerazione unicamente le pensioni, tale spesa corrisponde al 15% del PIL (dati SESSPROS). La speranza di vita (76,8 e 82,5 anni per uomini e donne) e la speranza di vita in buona salute (70,9 e 74,4 anni per uomini e donne) sono alti e al di sopra della media UE (l'ultima cifra è la più alta dell'Unione europea) (2003). La spesa totale relativa alla salute (sia pubblica che privata) come percentuale del PIL (8,5%) e procapite in PPA\$ (2166)<sup>3</sup> sono nella media.

**Inclusione sociale:** Il programma legislativo relativo all'inclusione sociale è proseguito durante il periodo 2003-2005 (specialmente per quanto riguarda il mercato del lavoro e la riconciliazione del lavoro e la vita familiare, ma con l'importante eccezione dei "livelli essenziali di assistenza", che devono ancora essere determinati); tuttavia il processo in corso di costruzione di nuovi quadri istituzionali insieme con la necessità di contenere le spese, è risultata nel fatto che alcune delle iniziative previste non sono state rifinanziate attraverso il bilancio nazionale. Misure come i servizi di assistenza ai bambini e i programmi di reddito minimo vengono portati avanti a livello regionale o locale ed il loro impatto generale non è uniforme in quanto dipendono dalle autorità amministrative locali e regionali e dalle possibilità finanziarie, che non sono sempre all'altezza dei compiti. In tal senso l'attuale tentativo di fare un quadro delle spesa sulla protezione sociale a livello nazionale e subnazionale può aiutare a determinare le zone in cui è necessario arrivare ad una maggiore equità.

**Pensioni:** L'Italia ha cominciato negli anni novanta le riforme che hanno portato ad un graduale passaggio da piani pensionistici a prestazione definita a piani pensionistici a contribuzione definita. Tali riforme hanno creato uno stretto legame tra contribuzioni e prestazioni, determinando incentivi adatti a far sì che i nuovi arrivati nel mercato del lavoro lavorino più a lungo, ma hanno comportato un lungo periodo di transizione. Dopo l'aumento delle pensioni minime nel 2002, le nuove misure introdotte nel 2004 rafforzano tali riforme e interessano anche coloro che hanno ancora il diritto di andare in pensione prima nell'ambito delle vecchie norme. L'aumento dei tassi di occupazione, in particolare quelli di donne e di lavoratori anziani, è fondamentale per poter risolvere i problemi in futuro e la continuazione del

---

<sup>3</sup> Dati per il 2002 base di dati WHO-HFA.

processo teso a rendere effettivamente uguale l'età della pensione per uomini e donne potrebbe aiutare a ridurre la differenza tra i sessi per quanto riguarda i diritti alla pensione e contribuirebbe ad aumentare i tassi d'occupazione per i lavoratori più anziani. L'adeguatezza delle pensioni future dipenderà anche dallo sviluppo di nuovi diritti alla sicurezza sociale, trasformando il TFR (un sistema di risparmio obbligatorio aziendale per impiegati privati). Il meccanismo del trasferimento automatico dei contributi TFR (che inizia nel 2008) a piani pensionistici privati (ad eccezione dei lavoratori che lo rifiutano) potrebbe contribuire allo sviluppo di pensioni supplementari. Anche i diritti a pensione dei lavoratori atipici deve essere migliorato.

**Assistenza sanitaria e assistenza a lungo termine:** Sono state espresse preoccupazioni per quanto riguarda l'impatto della ripartizione dei costi sui gruppi vulnerabili. Esistono esenzioni dai pagamenti basati sull'età, il reddito, la disabilità/dipendenza e la malattia rara o cronica. Le autorità locali prendono a loro carico i costi per le cure istituzionali per gli individui a basso reddito. Per quanto riguarda le cure a lungo termine, malgrado siano state adottate specifiche iniziative a livello regionale e locale, in accordo con la riforma istituzionale, esse rimangono insufficienti per una popolazione che sta invecchiando ed esistono disparità geografiche importanti in quantità e qualità. Le strategie proposte comprendono maggiori cure a domicilio, giornaliere e residenziali (in piccole unità), aiuto finanziario e buoni per le persone non autonome affinché possano comprare servizi (sebbene solo in alcune regioni) e un migliore coordinamento delle cure tramite il medico di famiglia ed il "custode sociale", che si occupa delle cure sanitarie e delle necessità sociali di persone anziane non autonome e fa un programma delle cure per i pazienti. Inoltre alcune regioni hanno istituito un fondo speciale per persone anziane non autonome che ha lo scopo di finanziare servizi e aiuti nel quadro del raggiungimento di un livello essenziale di servizi sanitari. Si aggiunga che la definizione (nazionale) dei livelli essenziali di qualità e fornitura di servizi sociali dovrebbe aiutare a risolvere le differenze regionali. A questo scopo le province, le regioni e le autorità locali devono pianificare e lavorare insieme sulla definizione e la fornitura di servizi e fissare le proprie rispettive responsabilità. Per finire è stata adottata una serie di misure per promuovere la qualità e la sostenibilità finanziaria. Tali misure comprendono un maggiore uso di indicatori per poter monitorare meglio l'attività, gli standard di qualità, un ufficio di pubbliche relazioni per aiutare gli utenti, indagini sui pazienti, valutazione della tecnologia e classificazione. Per tenere sotto controllo il costo in aumento dei prodotti farmaceutici il personale avrà incentivi per migliorare la pratica nel prescrivere i medicinali e centralizzarne l'acquisto.

**Programma di riforme nazionali:** Il programma di riforma nazionale italiano non fa riferimento agli MCA per la protezione sociale e l'inclusione sociale e non tiene conto del contributo degli organi governativi responsabili. La riforma delle pensioni del 2004 è citata unicamente nel contesto del consolidamento del bilancio; l'importanza del suo controllo per ottenere risultati adeguati e sostenibili non è stata sottolineata. Alcune misure per promuovere attività di formazione e d'istruzione fanno parte del PRF, come ad esempio progetti di e-inclusion e interventi per eliminare abbandoni scolastici precoci, ma il contributo della politica sociale per la creazione dei posti di lavoro e la necessità di politiche specifiche per aumentare l'integrazione dell'occupazione e far diminuire le disparità regionali non sono state prese nella debita considerazione.

### **Sfide future:**

- Aumentare i tassi d'occupazione, in particolare quelli di donne e lavoratori anziani e anticipare l'ingresso al mercato del lavoro allo scopo di aumentare il livello di partecipazione generale e anticipare i problemi futuri dei sistemi pensionistici, aumentando in particolare il volume dei contributi sociali.
- Sviluppare il sud e rafforzare il coordinamento tra gli interventi nazionali e subnazionali allo scopo di ridurre le disparità regionali.
- Continuare la riforma di sistemi "ammortizzatori" per accompagnare le riforme del mercato del lavoro già adottate e ridurre il rischio di creare un mercato del lavoro a due livelli.
- Portare avanti azioni per migliorare i servizi sanitari per gli anziani e migliorare il coordinamento per ottenere un uso migliore delle risorse.

## **ΚΥΠΡΟΣ**

**Κατάσταση και κύριες τάσεις:** Η Κύπρος διατηρεί το ρεκόρ υγιών μακροοικονομικών επιδόσεων με πραγματική αύξηση του ΑΕγχΠ 3,8% το 2004, αύξηση που προβλέπεται ότι το 2005 θα παραμείνει τουλάχιστον στα ίδια υψηλά επίπεδα. Παρόλα αυτά, η μακροπρόθεσμη διατηρησιμότητα των δημόσιων οικονομικών δεν είναι εξασφαλισμένη, λόγω των ασθενών επιδόσεων των οικονομικών του κράτους, για παράδειγμα, λόγω του υψηλού δείκτη χρέους (72%) και του φθίνοντος μεν σχετικά υψηλού δε ελλείμματος (4,1% του ΑΕγχΠ το 2004), σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού. Η ανεργία παραμένει σε χαμηλά επίπεδα για τα κοινοτικά πρότυπα (5,2% το 2004). Είναι υψηλότερη στους νέους (10,6%) και στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Το συνολικό ποσοστό απασχόλησης (68,9% το 2004) και το ποσοστό απασχόλησης των γυναικών (58,7%) βρίσκονται στο σωστό δρόμο για την επίτευξη του στόχου της Λισσαβόνας για το 2010, ενώ το ποσοστό απασχόλησης ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας τον έχει ξεπεράσει (49,9%). Οι ξένοι εργάτες αντιπροσωπεύουν το 14% των μισθωτών. Η διαφορά αμοιβών μεταξύ των δύο φύλων, αν και μειώνεται σταθερά, εξακολουθεί να ανέρχεται στο 23,8% (2004). Η Κύπρος μπορεί να καυχηθεί για το υψηλό μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού της. Τα στοιχεία της έρευνας οικογενειακών προϋπολογισμών του 2003 (FBS) δείχνουν μια βελτίωση των δεικτών φτώχειας. Σύμφωνα με την έρευνα, τα άτομα που αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο της φτώχειας αντιπροσώπευαν το 15% του πληθυσμού, ποσοστό ίδιο με τον κοινοτικό μέσο όρο. Ωστόσο, παρά τη φθίνουσα τάση που οφείλεται στη σταδιακή ωρίμανση του ισχύοντος συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων (το οποίο άρχισε να ισχύει το 1980), το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά αυξημένο (52%) στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Ο κίνδυνος της φτώχειας μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους εξακολουθεί να είναι πολύ σοβαρός, αφού αφορά ποσοστό 73%. Η παιδική φτώχεια μειώθηκε στο 11%. Η δαπάνη κοινωνικής προστασίας ως ποσοστό του ΑΕγχΠ εκτιμάται ότι ανήλθε στο 16,4% το 2002 (στοιχεία ESSPROS). Το προσδόκιμο επιβίωσης (77 για τους άντρες και 81,4 για τις γυναίκες το 2003) είναι υψηλό και υπερβαίνει κατά πολύ τον κοινοτικό μέσο όρο, το δε προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης (68,4 για τους άνδρες και 69,6 για τις γυναίκες το 2003) είναι επίσης υψηλό (το

δεύτερο υψηλότερο της ΕΕ). Από την άλλη πλευρά, η συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕγχΠ και κατά κεφαλήν ΙΑΔ (6,4% και 1161,6 αντιστοίχως το 2002 – βάση δεδομένων ΠΟΥ-HFA) είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη παρόλο που σημειώθηκαν κάποιες αυξήσεις τα τελευταία χρόνια.

**Κοινωνική ενσωμάτωση:** Η συνολική προσέγγιση της Κύπρου για την κοινωνική ενσωμάτωση επιβεβαιώθηκε τόσο από το ΕΣΔ 2004-6 όσο και από το επικαιροποιημένο σχέδιο του 2005. Ενώ στην πλειονότητα των περιπτώσεων συντρέχουν οι όροι κοινωνικής συνοχής, υπάρχουν θύλακες αποκλεισμού μεταξύ των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία, των μονογονικών οικογενειών και των ατόμων που βρίσκονται εκτός των κοινωνικών δικτύων, για παράδειγμα, των μεταναστών, προς τους οποίους απευθύνονται οι προσπάθειες που καταβάλλονται. Η πολιτική που εφαρμόζεται αποσκοπεί στην αποτελεσματική χρήση των εγχώριων αποθεμάτων εργατικού δυναμικού, στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ευάλωτων ομάδων στην εργασία και της επιστροφής τους στην εργασία, μέσω ορθά σχεδιασμένων μέτρων ενεργοποίησης, που περιλαμβάνουν ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα κατάρτισης, την προώθηση ευέλικτων μορφών απασχόλησης και τη βελτίωση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Η πρόσβαση στην κατοικία καλής ποιότητας και στην εκπαίδευση για όλους και η σημασία της διά βίου μάθησης αντιμετωπίζονται επίσης ως θεμελιώδη ζητήματα. Ειδική προσοχή δίνεται στη βελτίωση της κατάστασης των ατόμων με αναπηρία και των ηλικιωμένων. Οι ποσοτικοποιημένοι στόχοι που τέθηκαν με βάση τα αριθμητικά αποτελέσματα της έρευνας οικογενειακών προϋπολογισμών του 2003 καλύπτουν τομείς κρίσιμης σημασίας, δείκτες φτώχειας και ευάλωτες ομάδες. Υπάρχει μακρά παράδοση σύμπραξης των κοινωνικών εταίρων και των ΜΚΟ και η κυβέρνηση φαίνεται αποφασισμένη να προωθήσει περαιτέρω τη συμμετοχή όλων των σχετικών εταίρων και να ενισχύσει την ικανότητά τους. Με τον τρόπο αυτό θα ενισχυθεί η δυνατότητα εξυπηρέτησης ειδικών ομάδων του πληθυσμού με την πραγματοποίηση άμεσων και συχνών επαφών. Η ανάπτυξη του ρόλου των τοπικών αρχών αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση. Αναγνωρίζεται η γεωγραφική διάσταση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού αλλά η εφαρμογή των σχετικών πολιτικών ή πρωτοβουλιών θα κατανεμηθεί στο χρόνο. Οι προσπάθειες απευθύνονται επίσης στη βελτίωση της κοινωνικής και της οικονομικής θέσης των γυναικών.

**Συντάξεις:** Το εκ του νόμου γενικό σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων είναι υποχρεωτικό για κάθε μισθωτό ή αυτοαπασχολούμενο και αποτελείται από δύο μέρη: ένα βασικό μέρος που χρηματοδοτείται σε διανεμητική βάση και αναπληρώνει το 60% του κατώτερου μέρους των αποδοχών και ένα συμπληρωματικό μέρος που χρηματοδοτείται σε μερικώς κεφαλαιοποιητική βάση και αναπληρώνει τις αποδοχές που υπερβαίνουν το παραπάνω ποσοστό. Ο συντελεστής υπολογισμού της σύνταξης είναι 1,5%. Η πρόσβαση στα συστήματα του δεύτερου πυλώνα (συστήματα επαγγελματικών συντάξεων) φαίνεται να δημιουργεί δυσκολίες και ειδικότερα μια μετατόπιση από την καταβολή εφάπαξ πληρωμών στην καταβολή ετήσιων προσόδων αναμένεται να συμβάλει στην περαιτέρω σώρευση συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων. Το ύψος της κατώτατης σύνταξης (85% της πλήρους βασικής σύνταξης γήρατος) και της κοινωνικής σύνταξης (81%) για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών δεν τα προστατεύει από 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 αλλαγή της μεθόδου αναπροσαρμογής των συντάξεων.

**Περίθαλψη υγείας και μακροχρόνια περίθαλψη:** Το σύστημα υγείας παρέχει εκτεταμένη αλλά όχι πλήρη κάλυψη του πληθυσμού (85-90%) και πάσχει από κατακερματισμό της χρηματοδότησης και της προσφοράς ενώ είναι σημαντικό το μερίδιο της ιδιωτικής χρηματοδότησης και των παρεχόμενων υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε αδυναμίες, όσον αφορά την πλευρά της προσφοράς, ανεπαρκή συνέχεια στην παροχή περίθαλψης, γεωγραφικές διαφορές στην προσφορά περίθαλψης και οικονομικά εμπόδια για τις ευάλωτες ομάδες (τα οποία εντείνονται λόγω του μεγάλου ποσοστού άμεσων πληρωμών). Σήμερα, στις ομάδες αυτές προσφέρεται δωρεάν περίθαλψη ή περίθαλψη με μειωμένο κόστος και με βάση τους πόρους ζωής του δικαιούχου (στο δημόσιο τομέα), ενώ πολυάριθμα επιδόματα ενισχύουν το εισόδημα των ατόμων με αναπηρία και των ηλικιωμένων. Παρόλο που επίκειται η εισαγωγή ενός εθνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας με σκοπό την εξασφάλιση καθολικής και πλήρους περίθαλψης, τη βελτίωση του συντονισμού δημόσιου-ιδιωτικού τομέα και την αύξηση της χρηματοδότησης του συστήματος, έχουν σημειωθεί καθυστερήσεις. Το νέο σύστημα θα καθιερώσει την υποχρεωτική καταβολή εισφορών βάσει του εισοδήματος σε συνδυασμό με την κρατική χρηματοδότηση ενώ ένας ασφαλιστικός οργανισμός υγείας θα αγοράζει υπηρεσίες τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς προμηθευτές υπηρεσιών. Η ίδρυση μιας ιατρικής σχολής, ενός νέου νοσοκομείου και νέων εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε περιοχές που τις έχουν ανάγκη αναμένεται να αυξήσουν τη συνολική προσφορά και να αντιμετωπίσουν τις γεωγραφικές διαφορές. Η νομοθεσία, η αυξημένη παροχή περίθαλψης κατ'οίκον, σε ημερήσια κέντρα και σε ιδρύματα, η χρηματοδοτική ενίσχυση των φορέων παροχής περίθαλψης και των ΜΚΟ, όλα μαζί αποσκοπούν στην αναβάθμιση της πρόσβασης στη μακροχρόνια περίθαλψη. Το σύστημα παραπομπής των ασθενών, που βασίζεται στον οικογενειακό γιατρό, και η έμφαση που δίνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρόκειται να βελτιώσουν την πρόσβαση στην περίθαλψη και το συντονισμό της. Ενώ οι αρχές αναγνωρίζουν ότι οι δαπάνες πρέπει να αυξηθούν και να πλησιάσουν το κοινοτικό επίπεδο, επιθυμούν ταυτόχρονα η προσέγγιση αυτή να γίνει με οικονομικά αποτελεσματικό τρόπο, οργανώνοντας την απόδοση δαπανών με βάση τις παραπομπές των ασθενών, οργανώνοντας σωστά το προσωπικό και τα συστήματα πληρωμής των νοσοκομείων. Οι αρχές δίνουν επίσης έμφαση στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη των παθήσεων [με μαζικές εξετάσεις (screening), δωρεάν βρεφική και παιδική φροντίδα υγείας] έτσι ώστε να ελέγχεται το συνολικό κόστος της περίθαλψης και να διατηρείται η πολύ καλή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού.

**Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων:** Η αναβάθμιση της κοινωνικής συνοχής είναι ζήτημα κεντρικής σημασίας στην αναπτυξιακή πολιτική της Κύπρου. Ένα από τα ισχυρά σημεία του ΕΠΜ είναι τα μέτρα ενεργοποίησης που απευθύνονται στις ευάλωτες ομάδες. Επιπλέον, η βελτίωση των δημόσιων οικονομικών συνδέεται με την πραγματοποίηση μεταρρυθμίσεων των συστημάτων κοινωνικών ασφαλίσεων και περίθαλψης υγείας. Η προοπτική της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της κοινωνικής προστασίας αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του προγράμματος, μολονότι η ανοιχτή μέθοδος συντονισμού δεν αναφέρεται ρητά. Οι πολιτικές που χαράσσονται είναι στο ύψος των προκλήσεων που έχει να αντιμετωπίσει η κυπριακή κοινωνία.

### **Προκλήσεις για το μέλλον:**

- Βελτίωση της θέσης των ευάλωτων ομάδων στην κοινωνία, κυρίως διά της οδού της απασχόλησης, και εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες.
- Ανάπτυξη μεθόδων για την αποτελεσματική παρακολούθηση και αξιολόγηση του τρόπου εφαρμογής των παρεμβάσεων και για τη χάραξη πορείας της πολιτικής που θα εφαρμοστεί στο μέλλον, μεταξύ άλλων, με τη χρήση δεικτών; και ενίσχυση της θεσμικής ικανότητας των τοπικών αρχών, των ΜΚΟ και των κοινωνικών εταίρων του τομέα.
- Αντιμετώπιση του σοβαρού κινδύνου της φτώχειας στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.
- Εξασφάλιση καθολικής και πλήρους κάλυψης της περίθαλψης και ισότιμη χρηματοδότησή της μέσω μιας νέας οργάνωσης και ενός νέου τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και μέσω της αύξησης τόσο της χρηματοδότησης όσο και των παροχών με αποτελεσματικό τρόπο.

## LATVIJA

### Situācija un galvenās attīstības tendences

Kopš 2000. gada vidēji gada reālais IKP pieaugums Latvijā (to galvenokārt ir veicinājis vietējais pieprasījums) ir pārsniedzis 7% (8,5% 2004. gadā). Pastāv būtiskas reģionālās atšķirības un atšķirības pilsētu un lauku attīstībā. Kopumā dzīves līmenis ir zems (pēc pirktspējas standartiem IKP uz iedzīvotāju ir apmēram 43% no ES 25 dalībvalstu vidējā rādītāja). Inflācijas pieaugums (6,2% 2004. gadā) būtiski samazina to iedzīvotāju grupu ienākumus, kuriem ir zems un vidējs ienākumu līmenis, un kavē centienus nodrošināt pienācīgu darba samaksu. Pieaug ienākumu nevienlīdzība (Džini koeficients palielinājās no 34 punktiem 2000. gadā līdz 36 punktiem 2004. gadā). Nabadzības riska līmenis pēc sociālo pabalstu piešķiršanas 2003. gadā bija 16% (14% iedzīvotāju, kuriem ir 65 vai vairāk gadu). Sociālās aizsardzības izdevumi ir zemi (13,4% no IKP 2003. gadā, izdevumi pensijām veidoja 7,5% 2001. gadā – *ESSPROS* dati). Vecāku darbinieku nodarbinātības līmenis (47,9%) ir augstāks par vidējo līmeni ES, tomēr tas vēl nav neatbilst Lisabonas mērķim. Latvijā joprojām būtiski jautājumi ir ilgstošs un jauniešu bezdarbs. Bezdarba līmenis mazākumtautību vidū ir augstāks, bet nabadzības līmenis ir tāds pats kā latviešu vidū (izņemot čigānus, kuri ir pakļauti lielākam nabadzības riskam). Nedārgu mājokļu pieejamība vēl aizvien ir problēma. Jārisina jautājumi par izglītības un iemaņu neatbilstību darba tirgus prasībām un skolu pametušo audzēkņu skaita samazināšanu. Vērtējot pēc paredzamā dzīves ilguma (65,7 gadi vīriešiem un 75,9 gadi sievietēm) iedzīvotāju veselības stāvoklis ir neapmierinošs. Kopējie izdevumi veselības aizsardzībai procentos no IKP un pēc pirktspējas standartiem uz iedzīvotāju (4,9% un 451,29 punkti 2002. gadā – PVO –HFA datubāze) ir viszemākie ES.

### Sociālā integrācija

Saskaņā ar Nabadzības novēršanas stratēģiju (2000. gads) pirmajā valsts rīcības plānā nabadzības un sociālās atstumtības apkarošanai (2004. gads – 2006. gads), kurā ir ietverta daudzdimensiju pieeja, ir izklāstīti daudzi vispārējie mērķi un prioritātes, tomēr ir jāuzlabo vispārēja politiku saskaņotība un koordinēšana un labāk jārisina nākotnē paredzētie uzdevumi. Izklāstītie mērķi galvenokārt attiecas uz jau spēkā esošo valsts politiku un pasākumiem. Pasākumus īsteno gada budžeta ietvaros un ar būtisku struktūrfondu atbalstu. Dzimumu līdztiesības perspektīva netiek konsekventi īstenota. 2004. gada valsts ziņojumā par izpildi ir uzskaitītas veiktās darbības, bet tās ir nekonkrētas attiecībā uz īpašām sociālās atstumtības riska grupām vai preventīviem pasākumiem. Paredzētie pasākumi adekvātu ienākumu nodrošināšanai ir īstenoti vai plānoti 2006. gadā, tostarp sociālā nodrošinājuma pabalsta apmēra palielināšana ģimenēm ar bērniem; pensiju palielināšana, piemaksas un speciāla pensiju indeksācija tiem, kuri saņem mazu pensiju; ar iedzīvotāju ienākuma nodokli neapliekamā minimuma pakāpeniska palielināšana; pabalsta palielināšana garantētā minimālā ienākuma līmeņa nodrošināšanai un minimālās algas paaugstināšana. Jautājums par nedeklarētu nodarbinātību vēl aizvien ir ļoti aktuāls politiskā darba kārtībā.

## **Pensijas**

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. Regulāras iemaksas valsts pensiju shēmā tiks samazinātas, vienlaikus palielinot obligātās iemaksas privāto pensiju shēmās. Saistībā ar iedzīvotāju novecošanas ietekmi uz pensijām valsts politika ir vērsta uz ilgtermiņā līdzsvarotu budžeta stāvokli. Valdība cer kompensēt iemaksu samazinājumu nosacītajā noteiktu iemaksu shēmā, palielinot nodarbinātību un uzlabojot darba deklarēšanu.

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 zemāks nekā darbaspējīgo 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 vēlamus rezultātus. Tas varētu ietekmēt iedzīvotājus, kuriem ir zems ienākumu līmenis, un cilvēkus, kuriem ir bijuši pārtraukumi karjerā, jo īpaši sievietes.

## **Veselības un ilgtermiņa aprūpes joma**

Pašreizējā veselības aprūpes politika paredz sniegt primāro un profilaktisko veselības aprūpi, lai mazinātu augsto hospitalizācijas līmeni. Viens no svarīgiem uzdevumiem ir izstrādāt atbilstošu tiesību aktu par ilgtermiņa aprūpes pakalpojumiem. Tas nozīmē efektīvu sadarbību starp sociālo un veselības nozari. Pašreiz norit diskusija par finansējumu un ilgtermiņa veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu atbilstīgi pacientu vajadzībām, ņemot vērā iedzīvotāju garās rindas medicīnas iestādēs un alternatīvu pakalpojumu trūkumu. Lai uzlabotu minēto pakalpojumu pieejamību un kvalitāti, jāpievērš uzmanība aprūpes veidu dažādībai mājās un aprūpes veidiem, ko pacients atbilstoši savam veselības stāvoklim var saņemt tuvākajā medicīnas iestādē. Valsts iestādes pauž raizes par potenciālo medicīnas personāla trūkumu (piemēram, emigrācijas un novecošanas rezultātā), un valdībai šajā nozarē ir jāizstrādā un jāievieš stratēģija. Ģimenes ārstam ir vissvarīgākā loma, sniedzot pacientam vajadzīgo aprūpi un efektīvi izmantojot piešķirtos resursus. Daļējas samaksas princips nodrošina šai nozarei finansējumu, bet atbrīvojumi no maksas par pakalpojumu un pakalpojumu cenu griesti mazina nelabvēlīgo grupu finansiālo slogu.

## **Valsts reformu programma.**

Latvijā ir sekmēta pārvaldības struktūra, nodrošinot ministriju sadarbību, un to sociālo partneru un citu ieinteresēto personu līdzdalība, kas ir iesaistījušās valsts reformas programmas izstrādē. Pilsoniskā sabiedrība, vietējo un reģionālo pašvaldību iestādes arī piedalījās diskusijā. Ir izteikta mērķtiecīga politiska apņemšanās panākt līdz 2008. gadam nabadzības riska līmeņa samazinājumu līdz 11%, bet sīkāk nav norādīts kā tas tiks sasniegts. Minimālā alga pakāpeniski tiek paaugstināta, bet nākotnē minimālajai algai būs priekšrocība, to līdzsvarojoši, lai mazinātu risku, kas apdraud jaunu darbavietu radīšanu mazkvalificētam darbaspēkam. Plānotie pasākumi, lai garantētu integrētu darba tirgu, uzlabos aktīva darba tirgus pasākumus, nodrošinās

bērna aprūpes un sociālos pakalpojumus. Ir paredzēti arī sīki izstrādāti pasākumi attiecībā uz jaunatni un invalīdiem.

Ir aprakstīta pensiju reforma, bet konkrētāk vajadzētu raksturot kādas būs sekas attiecībā uz pietiekamību un ilgtspējību. Lai gan ir paredzēti turpmāki pasākumi, lai veicinātu dzīves cikla paņēmiena izmantošanu nodarbinātībā un darba dzīves paildzināšanā, tomēr varētu būt maznozīmīgas neatbilstības starp nodarbinātības mērķiem, kas minēti valsts reformu programmā, un finanšu prognozēm turpmākajām pensijām.

### **Turpmākie pasākumi**

- Izstrādāt saskaņotu stratēģisku paņēmieni, lai sekmētu sociālo integrāciju, iekļaujot vairākus mērķus attiecībā uz nabadzības dimensiju izskaušanu reģionālajā un dzimumu līdztiesības aspektā un sociālo atstumtību un kuri arī turpmāk sekmēs nodarbinātības iespējas.
- Izskaut nabadzību un sociālo atstumtību, ieviešot sīkāk izstrādātus pasākumus attiecībā uz neaizsargātajām grupām un mazinot inflācijas negatīvo ietekmi iedzīvotāju grupās ar zemiem vai vidējiem ienākumiem.
- Nodrošināt pietiekamu resursu pieejamību atbilstošas pensijas saņemšanai, kamēr izveidotās shēmas vēl nav attīstījušās, un uzraudzīt šo atbilstību nākotnē.
- Uzlabot sabiedrības veselības stāvokli, sekmējot efektīvu veselības aprūpi, slimību profilaksi un nodrošinot labāku veselības aprūpes pieejamību visiem iedzīvotājiem.

## LIETUVA

**Padėtis ir pagrindinės tendencijos:** Ekonominio augimo tempai išlieka palankūs (2004 m. BVP išaugo 6,7 %). Tačiau 2004 m. BVP vienam gyventojui, išreikštas perkamosios galios standartais (PGS), sudarė tik 48,2 % ES 25 vidurkio. Nors nedarbas sumažėjo nuo 12,7 % 2003 m. iki 10,8 % 2004 m., užimtumo lygis iš dalies dėl ekonominės emigracijos išliko pastovus (61,2 %). Vyresnio amžiaus darbuotojų ir moterų užimtumo lygis viršijo ES vidurkį (2004 m. buvo atitinkamai 47,1 % ir 57,8 %). Jaunimo nedarbo (20,8 %) ir ilgalaikio nedarbo (5,6 %) lygis vis dar yra aukštas. Išlaidos socialiniai apsaugai yra vienos iš mažiausių ES (pagal ESSPROS duomenis 2003 m. jos sudarė 13,6 % BVP, o pensijoms skirta dalis – 6,8 %). Socialinių išmokų gausėja, bet jos vis dar yra nežymios. Skurdo rizikos lygis yra panašus į ES vidurkį (2003 m. jis sudarė 15 % po socialinių išmokų ir 23 % prieš socialines išmokas, išskyrus pensijas). Gyvenimo trukmė (2002 m. vyrų – 66,5 m., moterų – 77,7 m.) yra viena iš trumpiausių ES. Remiantis PSO HFA duomenų baze, išlaidos sveikatos priežiūrai 2002 m. sudarė 5,7 % BVP, o pagal vieno gyventoją PGP – 588,24 JAV dolerių ir yra mažiausios ES, pirmasis skaičius per pastarąjį laiką net sumažėjo.

**Socialinė integracija:** 2005 m. atnaujintu NVP, kuriame nustatomos konkrečios priemonės ir atsakingos institucijos bei apskaičiuojami reikalingi ištekliai, siekiama, kad 2004 m. NVP strategija taptų veiksmingesnė. Visi kiti ankstesni uždaviniai ir tikslai išlieka nepakitę. Atnaujintame plane daugiausia dėmesio skiriama socialinės integracijos skatinant užimtumą priemonėms, geresnėms galimybėms patekti į darbo rinką (pirmiausia neįgaliesiems, jaunimui ir pagyvenusiems asmenims), ir darbo rinkos strategijų atnaujinimui. Planuojama daug priemonių labiausiai pažeidžiamoms asmenų grupėms (ypač vaikams), ketinama pagerinti socialinės apsaugos sistemą, tarp jų – neseniai patvirtintą mokesčių reformą, kurioje bus geriau subalansuotas kapitalo ir darbo apmokestinimas. Daug darbo rinkos ir socialinės integracijos priemonių yra remiama struktūrinių fondų lėšomis. Regioninės plėtros priemonėse daugiausiai dėmesio skiriama kaimo veiklos įvairinimui. Tačiau aiškios ir integruotos regioninės plėtros politikos sukūrimas išlieka suprantamai sudėtinga užduotimi. Nėra numatyta jokių konkrečių priemonių dėl paskelbto benamystės ir išsiskolinimo pašalinimo uždavinio, nei dėl būsto suteikimo. Įsteigus NVP stebėsenos grupę, turėtų būti lengviau sutelkti visas susijusias valdžios institucijas ir sustiprinti NVP koordinacinį vaidmenį.

**Pensijos:** Nuo 2004 m. reformos valstybės reguliuojama ir privaloma einamųjų įmokų pensijų sistema yra derinama su privačiai valdoma pensijų kaupimo sistema. Šios sistemos yra taikomos turintiems pilną užimtumą, o šalpos pensija suteikiamos minimalios pajamos išėjus į pensiją tiems, kurie negali gauti socialinio draudimo pensijos, tarp jų – ūkininkams ir savarankiškai dirbantiems asmenims. Jau yra priimti įstatymai dėl savanoriškų papildomų pensijų, taip pat neseniai įvestos mokesčių lengvatos. Nors ir tikimasi, kad valstybės pensijų sistemos pereinamosios išlaidos iki 2020 m. neturėtų sukelti jokių problemų, reikės atidžiai stebėti jos finansinį tvarumą. Tačiau vėliau dėl senstančių gyventojų socialinio draudimo pensijų sistemoje gali susidaryti deficitas. Papildomos priemonės užimtumo lygiui ir pensijiniam amžiui padidinti (tarp jų – įstatymu numatyto moterų ir vyrų pensijinio amžiaus suvienodinimas) padėtų pasiekti adekvačių ir tvarių pensijų. Taigi, nors ankstyvojo išėjimo į pensiją priemonės buvo nutrauktos 1995 m., atrodo, kad tokios pensijų

sistemos taikymas ilgalaikiams bedarbiams 2004 m. prieštarauja bendroms tendencijoms.

**Sveikata ir ilgalaikė priežiūra:** Pagrindiniai sveikatos sistemai iškilę uždaviniai: sustiprinti pirminės sveikatos priežiūros sektorių, sumažinti didelį slaugos ligoninėje poreikį, suformuoti adekvačią ilgalaikę priežiūrą, kuri dabar neegzistuoja. Valdžios institucijos yra susirūpinusios galima darbuotojų stoka, atsiradusia pirmiausia dėl jų emigracijos. Priemonės, kuriomis siekiama pagerinti pirminę sveikatos priežiūrą (tarp jų – sveikatinimas ir prevencinės paslaugos) yra šios: darbuotojų kvalifikacijų ir motyvacijos gerinimas (iš dalies didinant jų atlyginimus), ir sąlygų privačiam pensijų kaupimui sudarymas. Vietoj stacionarinės ligonių slaugos ligoninėje turėtų dažniau būti naudojama pirminė ambulatorinė pacientų priežiūra ir vienadienis guldymas į ligoninę, trumpinamas buvimo ligoninėje laikas, geriau panaudojamos turimos lovos ir geriau apsirūpinama reikalingomis priemonėmis – taip paslaugos taptų efektyvesnėmis ir būtų galima įveikti regioninius skirtumus. Pagrindinis valdžios institucijų tikslas, kurio jos siekia per sektorių bendradarbiavimą – pagerinti gyventojų sveikatos stovį, įveikti sveikatos priežiūros nevienodumus pasinaudojant efektyviu skatinimu ir prevencija (pvz. skatinant sveiką gyvenimo būdą, užtikrinant sveiką aplinką, stiprinant prevencinius tikrinimo ir skiepavimo mechanizmus ir savalaikį diagnozavimą, užtikrinant kokybišką ir prieinamą priežiūrą).

**Nacionalinės reformos programa (NRP):** Nacionalinės reformos programa yra susijusi su Nacionaliniu veiksčių planu dėl socialinės integracijos, kuri yra socialinės integracijos politikos ir veiksčių koordinavimo priemonė. NVP įgyvendinimas yra viena iš NRP priemonių. Pasinaudojant dviejų strateginių dokumentų sąveika, siekiama padaryti asmens dalyvavimą darbo rinkoje jam naudingą ir pagerinti galimybę patekti į darbo rinką labiausiai pažeidžiamoms asmenų grupėms; šių dokumentų socialinės integracijos priemonėse daugiausia dėmesio skiriama neįgaliesiems asmenims ir jaunimui. Dalį NRP sudaro planai, (nors ir ne visada konkretūs) skirti darbo rinkos politikoms ir institucijoms, taip pat sveikatos apsaugai ir socialinei partnerystei pagerinti. NRP taip pat pripažįstamas pensijų ir sveikatos priežiūros sistemos reformų poreikis, o papildomos priemonės, kuriomis būtų siekiama padidinti užimtumo lygį ir pensijinį amžių, padėtų siekti ateityje adekvatesnių ir tvaresnių pensijų. NRP nustatytas regioninio nedarbo tikslas 2013 m. (nedarbas regione neturėtų viršyti nacionalinio vidurkio daugiau kaip 35 %). Pagal 2004–2006 m. struktūrinių fondų programą pagrindinis finansavimas turėtų būti teikiamas socialinės integracijos priemonėms.

#### **Laukiantys uždaviniai:**

- Sukurti ir įgyvendinti visapusišką regioninę ir vietos plėtros programą, atsižvelgiant į regioninius skirtumus, skurdžiausių vietovių poreikius ir plačiai paplitusį skurdą kaimo vietovėse.
- Toliau stiprinti NVP koordinacinį vaidmenį ir jo strateginius tikslus, sukurti stebėsenos ir vertinimo tvarką, sutelkti visas suinteresuotąsias šalis ir užtikrinti socialinės integracijos politikos matomumą.
- Užtikrinti, kad daugiau gyventojų dalyvautų įstatymais numatytoje pensijų sistemoje ir galėtų gauti adekvačias minimalias pensijas, taip pat užtikrinti, kad pakankamai greitai būtų pereinama iš modernizuotos pensijų sistemos bei spręsti tokio perėjimo išlaidas po 2020 m.

- Stiprinant pirminės priežiūros sektorių ir gerinant ilgalaikę priežiūrą, sudaryti geresnės pasinaudojimo sveikatos priežiūra galimybes.
- Efektyviai remiant sveikatos apsaugą ir naudojantis prevencija, gerinti gyventojų sveikatos būklę.

## LUXEMBOURG

**Situation et tendances principales:** l'économie luxembourgeoise affiche toujours une croissance considérablement plus élevée que celle des pays voisins (4,5% du PIB en 2004). Le pays continue également à connaître une progression de l'emploi intérieur beaucoup plus satisfaisante: 1,8% en 2003 et 2,6% en 2004. Mais, comme dans les années précédentes, cette croissance de l'emploi a essentiellement bénéficié aux non résidents. Dès lors, la création d'emplois n'a pas été suffisamment forte pour empêcher une nouvelle augmentation du chômage intérieur, qui est passé de 3,7% de la population active en 2003 à 4,8% en 2004, ainsi qu'une nouvelle – et légère - diminution du taux d'emploi, qui s'est établi à 61,6% de la population en 2004, soit un taux inférieur à la moyenne de l'UE. Ce taux d'emploi est particulièrement faible chez les travailleurs âgés: 30,8% en 2004. Mais de manière générale, le niveau de vie est très élevé au Luxembourg; le taux de risque de pauvreté est assez faible (11% en 2004) et le niveau des dépenses de protection sociale était égal, en pourcentage du PIB, à 23,8% en 2003 (source: SESPROS). L'espérance de vie (75 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes en 2003) est proche de la moyenne européenne. La part du PIB affectée aux dépenses de santé (6,2% en 2002 selon la base de données européenne de la Santé de l'OMS) est inférieure à la moyenne européenne. Ces dépenses ont toutefois augmenté de manière constante et significative ces dernières années. Les dépenses totales de santé en PPA-USD par habitant (3065) figurent parmi les plus élevées d'Europe.

**Inclusion sociale :** le Luxembourg garde une stratégie complexe basée sur 5 champs spécifiques et mise en œuvre via 115 mesures, fruits des PAN 2001 et 2003. 27 de ces mesures sont déclarées exécutées, 74 sont en voie de l'être; le solde représente des mesures abandonnées ou fusionnées avec d'autres. Mais le rapport sur la mise en œuvre de cette stratégie présente des analyses assez peu intégrées. Il n'indique malheureusement pas toujours si, quand la mesure a été exécutée, l'objectif initial a été atteint, ni, quand la mesure est en voie d'exécution, s'il y a eu progrès ou non depuis 2003 (voire 2001). Il n'examine pas davantage si les mesures en cours de réalisation restent valables, à la lueur des indicateurs les plus récents et des commentaires fournis par les promoteurs. Les défis identifiés en 2003 en matière de logement et de prévention ont été assez bien relevés, grâce entre autres à une amélioration notable du statut du locataire et un renforcement des dispositifs de prévention comme les maisons de jeunes et les services d'accompagnement social. En matière de promotion de l'accès à l'emploi, les résultats les plus positifs se situent dans l'organisation et la fréquentation de stages, dans l'activation des bénéficiaires du RMG et dans l'augmentation de l'offre en crèche. Visant à diminuer les risques de pauvreté persistante, des progrès peuvent être constatés dans la mise en place d'un service social d'urgence (« SAMU » social) ainsi que dans l'amélioration du statut des handicapés et de l'accueil des toxicomanes. Pour réduire les situations d'exclusion sociale touchant les enfants, les actions se sont concentrées sur l'amélioration des prestations des centres socio-éducatifs de l'État. La distribution de questionnaires aux demandeurs du RMG a été l'occasion de promouvoir la participation et l'expression de

cette catégorie de personnes. Les initiatives louables entreprises pour intégrer la politique d'inclusion dans les autres politiques n'ont pas encore abouti à des progrès mesurables. Enfin, l'élargissement de la composition de deux instances de concertation permet d'espérer un raffermissement du dialogue et du partenariat entre tous les acteurs concernés.

**Pensions:** le système de pension luxembourgeois est basé sur un fort consensus politique et garantit des retraites adéquates. Sa viabilité financière s'articule, néanmoins, non seulement sur des taux relativement élevés de croissance économique à l'avenir, mais également sur une contribution très importante des travailleurs non résidents à l'économie luxembourgeoise et au régime de pensions. Bien qu'un fonds de réserve ait été mis en place, il demeure qu'en cas de baisse de l'emploi des travailleurs non résidents, une population résidente vieillissante devrait financer non seulement les pensions des pensionnés résidents, mais aussi celles d'un grand nombre de pensionnés vivant en dehors du Luxembourg. Malgré les accroissements et le renforcement récents des incitations à prolonger la vie active, le taux d'emploi des 55-64 ans reste sensiblement au-dessous de l'objectif de Lisbonne. La viabilité financière dépendrait moins de la disponibilité des travailleurs non résidents si les taux d'emploi des résidents étaient relevés - et notamment ceux des femmes et des personnes de plus de 55 ans.

**Soins de santé et soins de longue durée :** Bien qu'aucun problème majeur d'inégalité d'accès ne se pose, un taux de remboursement majoré et le préfinancement des interventions médicales ont été prévus pour alléger les dépenses de santé des patients les plus vulnérables. Des investissements supplémentaires sont également effectués afin d'augmenter la capacité d'accueil et d'améliorer l'accès général aux soins. Les soins de longue durée ont été définis comme un risque social nécessitant une forme particulière de sécurité sociale. Un prélèvement obligatoire sur certains revenus a dès lors été prévu pour financer l'accès à certains services indépendamment de la solvabilité des patients. En ce qui concerne les personnes âgées, l'accent a en outre été mis sur les soins gériatriques, l'éducation à la gérontologie et la fixation de normes pour les infrastructures et le personnel. Les autorités ont été particulièrement attentives à l'élaboration de stratégies visant à améliorer simultanément la qualité et la viabilité financière des services. Ces mesures prévoient notamment de définir des recommandations pour la pratique clinique à partir d'une évaluation et d'études scientifiques. Elles visent en outre 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, la coopération hospitalière, la désignation de centres d'excellence, l'élaboration de nouvelles pratiques managériales et la centralisation de l'achat des médicaments. Enfin, des politiques vigoureuses, globales et multidisciplinaires de promotion et de prévention sanitaires (dépistage, vaccination, SIDA, tuberculose, campagnes concernant l'alimentation et l'activité physique, etc.) doivent améliorer la viabilité financière du système.

**Programme national de réforme :** le plan Inclusion est cité dans le cadre de certaines mesures qu'il inclut et qui sont reprises dans le PNR, essentiellement en matière de garde d'enfants, de révision des « facteurs désincitatifs » dans les mesures en faveur de l'emploi, et d'économie solidaire.

## Défis à relever

- Assurer un meilleur pilotage de la stratégie d'inclusion menée: simplification du dispositif, meilleure coordination et formulation plus précise des objectifs et des résultats atteints.
- Opérer une analyse des implications sociales de la montée continue du chômage.
- Accroître le taux d'emploi parmi les résidents âgés de 55 à 64 ans.
- Développer un système de soins de santé de longue durée financièrement viable et accessible à tous, et améliorer, dans le même temps, la qualité et la viabilité financière des services.

## MAGYARORSZÁG

**Az ország helyzete és a főbb irányvonalak:** A GDP növekedésének üteme a 2003-as átmeneti lassulást követően 2004-ben és 2005-ben megközelítette a 4%-ot – s ezzel jóval az uniós átlag felett teljesített. 2005-ben az államháztartási hiány meghaladta a GDP 6%-át. A foglalkoztatás hosszas várakozás után 2003-ban bekövetkezett növekedése 2004-ben megfordult, míg 2005-ben stagnált. Ennek eredményeképpen 2003 és 2004 között az általános foglalkoztatási arány (56,8%) és a nők foglalkoztatási aránya (50,7%) egyaránt 0,2 százalékponttal csökkent – messze kerülve az erre vonatkozó lisszaboni célkitűzésektől. Emellett az 1999 óta tartó irányzatnak megfelelően a 15-24 éves korosztály foglalkoztatási aránya a 2003-as 26,8%-ról tovább csökkent: jelenleg 23,6% (az EU-ban ez 36,8%). Az időskorú munkavállalók foglalkoztatási rátájának 2 százalékpontos további növekedése ellenére ez az arány 2004-ben továbbra is csupán 31,1% volt. 2004 végén a munkanélküliség aránya növekedésnek indult, és a nemzeti meghatározás szerint mára 7% körül állt meg; míg a hosszú távú munkanélküliség aránya folyamatosan növekedett: jelenleg 44%. A viszonylag alacsony munkanélküliséggel párosuló alacsony foglalkoztatás az Európai Unióban a második legalacsonyabb aktivitási rátát (2004-ben 60,5%) eredményezi. A munkanélküliség és a szegénység okozta problémák továbbra is erősen oktatási, etnikai, egészségügyi és regionális eredetűek. A lakosság egészségi állapota továbbra is komoly aggodalomra ad okot. A szociális védelemmel kapcsolatos kiadások 2003-ban elérték a GDP 21,4%-át (az EU-ban: 28% – az ESSPROS adatai).

**Társadalmi integráció:** A 2004-2006-os Nemzeti Kiosztási Terv (NKT) öt stratégiai célkitűzést állapított meg, köztük a foglalkoztatást, a szolgáltatásokhoz való hozzáférést és a szegénység visszaszorítását. A prioritást élvező csoportok a romák, a fogyatékosok és a gyermekek. Foglalkoztatásuk, képzésük, élethosszig tartó tanulásuk előmozdítását szolgáló intézkedések széles tárháza célozza meg a leghátrányosabb helyzetű csoportokat, azonban a politikai koherencia és a koordináció még elmarad az optimálistól. A SZOLID kezdeményezés keretében a pénzbeni támogatások és az egyéni gondozási szolgáltatások felülvizsgálata terén fontos lépések történtek, igaz, a szociális ellátási rendszer reformtervének egyéb jelentős elemei még végrehajtásra várnak. A munkaerőpiacra való visszatérést gátló tényezők felszámolása, valamint a foglalkoztatási és szociális szolgáltatások ESZA-támogatásokba való integrálása a jövő feladata. Ugyakkor a munkavállalás jövedelmezővé tétele érdekében maga a

szociális ellátási rendszer – beleértve a rokkantsági ellátásokat – további felülvizsgálatra szorul. Az NKT és annak legfrissebb változata intézkedések széles skáláját tartalmazza a középtávú roma program és a „Roma integráció évtizede” elnevezésű program keretében, de a megvalósított haladás ellenőrzésének mikéntje továbbra sem ismert. A gyermekeket célzó intézkedéseknek köszönhetően az iskolások nagyobb arányban kaphatnak ingyenes iskolai étkeztetést és tankönyveket, és nő az iskolai előkészítő programban résztvevők aránya. A pénzbeli ellátásokhoz való hozzáférés tekintetében az új családtámogatási rendszer megtervezése a kormány „100 lépés” programjának fontos állomása volt. A több területen is hiányzó célkitűzések, meg nem állapított cselekvési határidők, kijelölésre váró felelősségi körök és a támogatás hiányos részletei azonban hátráltatják a program végrehajtását és ellenőrzését.

**Nyugdíjak:** 1998-ban jelentős reformcsomag lépett hatályba, amely alaposan felülvizsgálta a nyugdíjrendszert, és kötelező finanszírozású rendszert vezetett be; míg az önkéntes alapú pillért már 1993-ban bevezették. A támogatott szint bevezetése azonban átmeneti költségekkel jár, s ez komoly kihívást jelent az államháztartás fenntarthatósága szempontjából. További reformokra lehet szükség a korengedményes nyugdíj alkalmazási körének korlátozása tekintetében annak érdekében, hogy a munkavállalók tovább maradjanak állásaikban. A járulékok kifizetésének megkerülése továbbra is gondot jelent. Az idősebbek bevételei közel hasonlóak az aktív népesség bevételeihez. Ugyanakkor a közelmúlt reformjának néhány intézkedése nyomán ennek megfelelése a jövőben kétségbe vonható. Emellett a munkavállalók egyes kategóriái (a gazdák) nem tartoznak a kötelező nyugdíjbiztosítási rendszer alá. Az időskori foglalkoztatási arány emelése további politikai erőfeszítéseket tesz szükségessé. A lineáris nyugdíjnövekmény-skálának a nyugdíjformulába való 2013-as bevezetésével a munkavállalók további ösztönzést kapnak az aktív életkor meghosszabbítására és fokozódik a velük szemben alkalmazott méltányosság, azonban e folyamatot fel lehetne gyorsítani.

**Egészségügy és hosszú távú gondozás:** A kormány „100 lépés” programjában jelentős fejezetet szentel a munkavállalók és a lakosság egészségügyi állapota javításának, valamint az egészségügyi ellátó rendszer szerkezetátalakításának. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés tekintetében a magyar hatóságok elkötelezettek a szolgáltatásnyújtás erősítése, valamint a jelenleg elégtelen és gyenge minőségű sürgősségi ellátás és hosszú távú gondozás színvonalának javítása mellett. A helyi hatóságokat felkérték arra, hogy nyújtsanak tájékoztatást a szociális szolgáltatásokról, az étkeztetésről, az otthoni ápolásról, valamint az egyéb szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférésről, miközben a rászorultság ellenőrzése alapján nyújtott készpénzbeni támogatások és a természetbeni juttatások, valamint a nem hivatalos gondozási támogatások közvetlen segítséget jelentenek az eltartott személyek és azok gondozói számára. Az új rehabilitációs eszközök (nappali ápolás és otthoni szolgáltatások) fejlesztés alatt állnak, és az öregedő lakosság okán az időskorúak gondozására és a gerontológiai továbbképzésre helyeződik a hangsúly. A rákbetegségben elhunytak számának növekedése és a fogyatékossgal élők magas aránya arra sarkallták a kormányt, hogy több ágazatban – a szűrővizsgálatok, a nikotinfüggőség leküzdése, a környezetvédelem és az egészségügyi szakembereknek nyújtott közegészségügyi továbbképzés terén – lendületesebb támogatással és a megelőzést szolgáló politikákkal javítsa a lakosság egészségügyi állapotát. A lakosság egészségügyi

problémái komoly pénzügyi terhet jelentenek, amelyet az alacsony jövedelemalap, a gyakori adókijátszás és a növekvő kiadások csak tovább súlyosbítanak. Ezért a rendszer hatékonyságának fokozása érdekében intézkedéseket hoztak, amelyek célja egyfelelől, hogy a kórházi és szakorvosi kezelések jelenlegi túlzott igénybevétele helyett a mind gyakoribb napközbeni ellátás és a kívántnál jóval lassabban terjedő járóbeteg-ellátás kerüljön előtérbe, másfelől, hogy a házi orvosok csak indokolt esetben utalják be szakorvoshoz a beteget.

**Nemzeti reformprogram:** A hátrányos helyzetű csoportokat célzó aktiválási politikák, a családi élet és a munka összeegyeztetését támogató politikák és a foglalkoztatásbarát gazdasági környezetet teremtő politikák mind helyet kaptak a társadalmi integrációs menetrend nemzeti reformprogramjában annak érdekében, hogy tovább nőjön a foglalkoztatásba belépett és ottmaradó emberek száma. A nemzeti reformprogram hangsúlyozza az aktív életkor meghosszabbításával kapcsolatos átfogó megközelítés fontosságát. Ugyanakkor a szociális védelmi rendszer aktiválása és modernizálása közötti egyéb szinergiákat nem aknázták ki maradéktalanul, de a családtámogatási rendszer felülvizsgálatát, a szociális és állami foglalkoztatási szolgálatok összevonását, illetve az egészségügyi jogosultságoknak a tevékenységgel való összekapcsolását célzó intézkedések bizakodásra adnak okot.

#### **Előrelátható kihívások:**

- Javítani kell a foglalkoztatottság teljesítményét, mindenekelőtt foglalkozni kell a magas fokú inaktivitás kérdésével – beleértve az ellátási rendszerek felülvizsgálatát.
- Biztosítani kell, hogy a megfelelő nyugdíjakra hosszú távon elegendő forrás álljon rendelkezésre, különösképpen a járulék-kifizetések megkerülésének csökkentésére és az átmeneti költségek hatékony kezelésére irányuló intézkedések végrehajtásával.
- Növelni kell a – különösen a roma kisebbségre jellemző – szegénység felszámolására szánt erőforrásokat, javítani kell a vonatkozó kormányzati szervek közötti koordinációt, és növelni kell a civil társadalom szerepvállalását a szakpolitikák előkészítése és végrehajtása terén.
- Egészséges életmóddal javítani kell a népesség egészségi állapotát, valamint a munkahelyi egészségvédelmet és biztonságot.
- Fokozni kell az egészségügyi szolgálatok területén működő rendszerek hatékonyságát.

## **MALTA**

**Sitwazzjoni u tendenzi ewlenin:** Minkejja li Malta rregistrat titjib ekonomiku ċkejkien (tkabbir ta' 1% fil-PGD fl-2004) flimkien ma' rata ta' qagħad aktar baxxa (8.0% fl-2003 u 7.3% fl-2004, data ta' l-LFS), ir-rati ta' attività u impjieg għadhom baxxi. Skond id-*data* tal-Eurostat, il-parteci-pazzjoni femminili marret għall-agħar - ir-rata ta' impjieg tan-nisa niżlet minn 33.6% fl-2003 għal 32.7% is-sena ta' wara. Izda ssahħu tendenzi importanti pożittivi fl-edukazzjoni (zgħażaġħ li jattendu l-iskola

zdieget minn 43% fl-2003 għal 47.9 fl-2004 u r-rata ta' tluq bikri mill-iskola naqas minn 48.2% għal 45%) anke jekk il-kisbiet edukattivi jibqgħu taħt il-medja ta' l-UE. In-nefqa tal-pensjoni zdieget minn 8.5% tal-PGD fl-2000 għal 9.4% fl-2003, filwaqt li n-nefqa totali dwar il-ħarsien soċjali ċċaqalqet minn 16.9% tal-PGD fl-2000 għal 18.5% fl-2003 (*data* ta' ESSPROS). L-anzjani (ta' 65 sena jew aktar) irregistraw livell ta' għajxien qrib dak tal-medja tal-popolazzjoni ġenerali, minkejja li r-riskju tal-faqar huwa oġġla fost l-anzjani. L-aspettattivi ta' ħajja (79 u 81 għall-irġiel u għan-nisa) u l-aspettattivi ta' ħajja b'saħħita (65.1 u 65.7 għall-irġiel u għan-nisa) huma madwar il-medja ta' l-UE. In-nefqa totali fis-saħħa bħala persentaġġ tal-PGD (9.7%) hija 'l fuq mill-medja b'zieda konsistenti li dehret fl-aħħar snin, filwaqt li per capita PPP\$ (1709.32) hija anqas mill-medja ta' l-UE<sup>4</sup>.

**Inkluzjoni soċjali:** Mizuri biex itejbu l-aċċess għall-impjieg jikkostitwixxu l-maġġoranza ta' l-istrumenti ta' politika, b'enfasi fuq il-promozzjoni tar-rikonċiljazzjoni tax-xogħol u l-ħajja tal-familja, fuq xogħol li jhallas u l-prevenzjoni ta' tluq bikri mill-iskola. Sinjal importanti ta' progress huwa l-finalizzazzjoni tar-Regolamenti ta' Kura tat-Tfal li jipprevedu l-istandards għal ċentri ta' kura tat-tfal. Meta wiehed iħares lejn it-tendenza dejjem niezla tar-rata ta' impjieg tan-nisa, dawn il-mizuri għandhom jintlaqgħu u jiġu sostnuti.

L-għanijiet li jipprevjenu r-risku ta' l-eskluzjoni u li jgħinu dawk l-aktar vulnerabbli ġew infurzati mill-ġdid b'għaxar mizuri ġodda ta' politika fl-“aġġornament fil-qosor” tan-NAP 2005. Il-gvern ħa xi inizjattivi biex jistandardizza l-istrategija nazzjonali għall-imigranti, refulġjati u integrazzjoni b'reazzjoni għal zieda qatt qabel milħuqa fin-numru ta' dawk li jiġu Malta biex ifittxu kenn politiku. Dan l-influss qiegħed jisforza titjib sostanzjali fil-facilitajiet ta' l-akkomodazzjoni, li diġà kienu s-suġġett ta' numru ta' rakkomandazzjonijiet mill-Kunsill ta' l-Ewropa. Qiegħda tiġi diskussa wkoll legiżlazzjoni ġdida dwar il-vjolenza domestika li tista' tirrimedja l-vot legali attwali f'dan il-qasam. Għad fadal toħroġ *white paper* bil-proposti għal riforma tal-kera tad-djar, meħtieġa urġentement.

**Pensjonijiet:** Il-gvern ħareġ ir-rapport finali dwar ir-riforma tal-pensjoni fil-baġit ta' l-2006. Il-mod kif se jimxu preċiżament id-diversi aspetti tar-riforma tal-pensjoni għad trid tiġi ddeterminata. Il-gvern irid jiddeciedi jekk is-sistema hix se tiżviluppa fid-direzzjoni ta' benefiċċji aktar fissi jew jekk hux se tissaħħaħ ir-rabta bejn il-kontribuzzjonijiet u l-benefiċċji. Jekk il-gvern jagħzel pensjonijiet fissi minimi, għandu jiġi stabbilit livell raġonevoli sabiex ilaħħqu mar-riskju tal-faqar fost l-anzjani speċjalment in-nisa. Is-sistema l-ġdida proposta tista' tfisser intitolamenti baxxi ta' pensjoni mill-pensjonijiet mandatorji attwali, li għandhom ikunu bbilancjati bl-introduzzjoni ta' pilastru ġdid. Sabiex jiġi żgurat li jkun hemm dħul xieraq waqt li ssir il-bidla u incentivi sostnuti li jikkontribwixxu għall-iskema, huwa essenzjali li jkun hemm aċċess faċli għall-iskema ġdida mandatorja (SPPS).

**Saħħa u kura fil-medda t-twila:** L-età, iż-zieda fin-nefqa fuq il-medicini u t-teknoloġija, u l-aspettattivi dejjem jikbru tal-pazjenti huma rrapurtati bħala l-aktar sfidi prinċipali għas-sistema. Barra minn hekk, in-nuqqas ta' staff jidher li huwa theddida serja lis-sostenibilità tas-sistema. Dwar l-aċċess, il-kwistjoni ta' stennija qiegħda tiġi indirizzata. Sptar ġdid li huwa mistenni li jissostitwixxi l-isptar ġenerali prinċipali huwa bħalissa l-fokus prinċipali ta' l-attività u tar-riformi ppjanati. Qiegħda

<sup>4</sup> Data għall-2002, *database* ta' WHO-HFA.

tigi kontemplata zieda fil-facilitajiet ta' riabilitazzjoni. Dokument ta' politika dwar il-gejjieni tal-kura fit-tul attwalment qiegħed jiffassal biex itejjeb id-dispożizzjoni fit-tul. Dwar nuqqas ta' staff, qiegħda tigi żviluppata strateġija għall-istaff li tiffoka fuq taħriġ *post-graduate* u żvilupp professjonali kontinwu, bilanċ ta' xogħol u ħajja privata, li tipprovdni awtonomija akbar u kontabilità, li tistabbilixxi mekkanizmi ta' appoġġ u rendiment ta' tmexxija. Dwar il-kwalità, l-enfażi qiegħed fuq l-iżvilupp ta' sistema ta' monitoraġġ li tuża indikaturi ta' pproċessar u ta' riżultat dwar t-titjib tal-koordinazzjoni bejn il-kura primarja u dik ta' l-isptar u bejn is-saħħa u l-kura soċjali. Biex tigi kkontrollata l-persjoni ta' nefqa żejda, l-awtoritajiet qiegħdin jintroduċu sistema ta' pprezzar għal farmaċewtiċi u qiegħdin idahhlu tmexxija fuq stil ta' kumpaniji kif ukoll stimi teknoloġiċi fis-sistema. Reazzjoni ewlenija oħra hija t-tisħiħ tas-servizzi primarji u komunitarji vis-à-vis il-kura fl-isptar. Promozzjoni tas-saħħa u politiki ta' prevenzjoni għandhom ukoll il-ħsieb li jwasslu għal profitti fl-infiq fil-medda t-twila.

**Programmi Nazzjonali ta' Riforma:** Il-Ministeru tas-Solidarjetà Soċjali u l-imsieħba soċjali kienu kkonsultati waqt l-abbozz tal-Programm Nazzjonali Malti ta' Riforma; iżda, xorta waħda r-rabta mal-proċessi ta' l-Inkluzjoni Soċjali u l-Ħarsien Soċjali mhix esplicita. Madankollu, tittiehed f'kunsiderazzjoni bis-shiħ l-isfida li tigi żgurata sistema sostenibbli ta' ħarsien soċjali u l-bżonn li tigi promossa l-partecipazzjoni femminili fis-suq tax-xogħol - jew permezz ta' revizjoni tat-taxxa u tas-sistema tal-pensjoni jew permezz ta' miżuri tajbin għall-familja. Kollox ma' kollox, il-kontribuzzjoni għat-tkabbir tal-politiki ta' l-inkluzjoni soċjali hija limitata, peress li l-metodu strateġiku ma jagħtix prijorità biex jiżgura swieq tax-xogħol inkluzivi.

### **Sfidi fil-gejjieni:**

- Tizdied ir-rata ta' impjieg b' mod ġenerali - partikolarment dik femminili - u jiġu żviluppati politiki biex ix-xogħol iħallas filwaqt li jiġu promossi aktar impjiegi u impjiegi aħjar, kemm għan-nisa kif ukoll għall-irġiel li attwalment mhumiex attivi jew li qiegħdin jirċievu l-benefiċċji soċjali, filwaqt li tigi mhegġa l-integrazzjoni fuq is-suq tax-xogħol fl-aktar gruppi vulnerabbli.
- Jiġi miġġieled l-illitteriżmu u jitjiebu l-livelli ta' kisba ta' edukazzjoni kemm ta' studenti zgħar kif ukoll ta' l-adulti.
- Issir riforma tas-sistema tal-pensjoni billi jissahħu l-inċentivi tax-xogħol u li wieħed jibqa' fis-suq tax-xogħol u jiġi żgurat dhul xieraq mill-bidla, partikolarment permezz ta' aċċess faċli għad-diżpożizzjoni tal-pensjoni.
- Tigi kkontrollata l-persjoni ta' l-ispejjeż, partikolarment fuq mediċini u proċeduri ta' teknoloġija għolja fis-sistema tal-kura tas-saħħa, permezz ta' diversi tipi ta' miżuri inkluzi l-promozzjoni tas-saħħa u l-politiki ta' prevenzjoni; jinżamm l-istaff fis-settur, jiġi evitat '*brain drain*'; tigi indirizzata ż-żieda għal kura fil-medda t-twila b'riżultat ta' numru akbar ta' persuni anzjani.

**Situatie en belangrijkste trends:** Door de zwakke economische groei tussen 2001 en 2004 is de werkloosheid gestegen van 2,8% in 2002 tot 4,6% in 2004. De langdurige werkloosheid steeg tot 1,6% van de beroepsbevolking in 2004 (0,7% in 2002). Ook het aantal uitkeringsgerechtigden en het aantal personen met een overmatige schuldenlast steeg tijdens deze periode. In 2003 liep 12% van de bevolking het risico in armoede te vervallen; hoewel dat percentage stijgt, blijft het een van de laagste in de EU-25 (15%). Hoewel de arbeidsparticipatie ruim boven de doelstellingen van Lissabon ligt, blijft het aantal inactieven (23,4%) relatief hoog. De arbeidsparticipatie van oudere werknemers bleef stijgen en bereikte 45,2% in 2004. Volgens de nationale gegevens bedroeg de arbeidsparticipatie van etnische minderheden in 2004 48% in totaal en 39% voor vrouwen (respectievelijk 50% en 36% in 2002). Terwijl het percentage vroegtijdige schoolverlaters licht is gedaald, werd de nationale doelstelling van een arbeidsparticipatie van 54% voor etnische minderheden niet gehaald. De levensverwachting (76,2 jaar voor mannen en 80,9 jaar voor vrouwen in 2003) en de gezonde levensverwachting (61,7 jaar voor mannen en 58,8 jaar voor vrouwen in 2003) liggen hoog. De totale uitgaven voor de gezondheidszorg zijn gestegen tot 9,1% van het BBP (EU-25: 8,7%) of 2 643 US-dollar koopkrachtpariteit per capita in 2002 (WHO-HFA-gegevensbank). In 2003 bedroegen de uitgaven voor sociale bescherming 28,1% van het BBP (EU: 28%, ESSPROS-gegevens).

**Sociale integratie:** In Nederland ligt de nadruk vooral op activerende sociale stelsels. De nadruk is verschoven van de rol van de regering naar de bevordering van meer persoonlijke verantwoordelijkheid. Na het decentralisatiebeleid van de laatste jaren worden tegenwoordig veel belangrijke beslissingen inzake sociale integratie op plaatselijk niveau genomen. De beleidsmaatregelen zijn er steeds meer op gericht de kansen en de bekwaamheden van het individu te verbeteren. Zij zijn er in mindere mate ook op gericht iets te ondernemen tegen de directe en indirecte armoederisicofactoren zoals geslacht, leeftijd of etniciteit. Een nieuw gedecentraliseerd bijstandsstelsel (de Wet werk en bijstand, 1.1.2004) bevordert op de persoon toegesneden maatwerk en zorgt ervoor dat de gemeenten rechtstreeks belang hebben bij een goede sociale activering. Sinds deze wet van kracht is geworden, zijn iets minder mensen afhankelijk van bijstand, maar door deze wet dreigen personen die moeilijk op de arbeidsmarkt in te schakelen zijn aan hun lot te worden overgelaten. De toekomstige rol van het nationale beleid bij de tenuitvoerlegging van maatregelen in een gedecentraliseerd model moet worden geëvalueerd in de context van een versterking van de banden tussen het nationale en het lokale beleid. Sinds 2003 is een beleidsmix toegepast om jeugdwerkloosheid te voorkomen en de samenwerking tussen instellingen die met jongeren werken te verbeteren. Toch is de jeugdwerkloosheid in 2004 gestegen. Het integratiebeleid voor migranten is strenger geworden: het legt de nadruk op actieve participatie in de samenleving en de kennis van de Nederlandse taal en cultuur. In het uitvoeringsverslag wordt de genderdimensie van armoede en sociale uitsluiting minder belicht. Dat was ook het geval in het NAP voor 2003. In 2005 en 2006 werden een aantal nieuwe plannen voorgesteld op het gebied van gezondheid, bijstand, inkomen en arbeidsvermogen; de gevolgen hiervan moeten nauwgezet in het oog worden gehouden.

**Pensioenen:** Het Nederlandse pensioenstelsel is adequaat, aangezien het gebaseerd is op een algemeen basispensioen en op inkomensgerelateerde aanvullende pensioenen voor een zeer groot deel van de bevolking. De Nederlandse strategie voor de eerste

pijler berust op de ambitieuze doelstelling om gedurende een lange periode begrotingsoverschotten te bereiken (hoewel deze strategie kan worden ondermijnd door het risico van resterende begrotingstekorten), ondersteund door een geïntensiverd werkgelegenheidsbeleid en het minder aantrekkelijk maken van vervroegde uittreding uit de arbeidsmarkt. Wat de pensioenen van de tweede pijler betreft, berust de strategie op een gezond macro-economisch beleid en een versterkt toezicht, in het bijzonder door veilige financieringsmarges. De arbeidsparticipatie van de bevolking tussen 55 en 64 jaar is tijdens het laatste decennium aanzienlijk gestegen, maar het blijft afwachten of de gestegen arbeidsparticipatie en de toegang van deeltijdwerkers tot de bedrijfspensioenregelingen ervoor zullen kunnen zorgen dat de inkomenskloof tussen vrouwen en mannen na de pensionering wordt gedicht. Er zijn ook maatregelen gepland om de hinderpalen uit de weg te ruimen die mensen verhinderen door te werken nadat ze de huidige pensioenleeftijd van 65 jaar hebben bereikt. Maatregelen om vervroegde uittreding uit de arbeidsmarkt (VUT en WAO) te beperken worden momenteel ten uitvoer gelegd en kunnen verder worden versterkt.

**Gezondheidszorg en langdurige zorg:** De nieuwe zorgverzekeringswet en wet op de zorgtoeslag zijn op 1 januari 2006 van kracht geworden. Zij moeten de ziektekosten binnen de perken houden door de concurrentie tussen de zorgverzekeraars aan te moedigen. Zij moeten ook zorgen voor een doeltreffender gezondheidszorg door betere contracten tussen zorgverzekeraars en verstrekkers van gezondheidszorg. De overheid verwacht dat op die manier beter kan worden ingespeeld op de behoeften van de verschillende consumentengroepen, de burgers een grotere keuze hebben en meer verantwoordelijkheid krijgen wat hun zorgverzekering betreft. De nieuwe regeling vervangt het vroegere ziekenfonds, waarbij 63% van de bevolking was aangesloten, alsook de particuliere verzekeringen. Een zorgverzekeraar is wettelijk verplicht iedereen tegen dezelfde premie een basispakket aan te bieden, maar de zorgverzekeraars kunnen ook concurreren met de prijs (de premie) of aanvullende verzekeringen. Om te voorkomen dat verzekeraars hun verzekerden op risico gaan selecteren, moeten zij elke burger als klant aanvaarden, ongeacht zijn leeftijd of gezondheidsrisico. Zij ontvangen vervolgens compensatie via een risicowegingsregeling. Het is waarschijnlijk dat er ook nog andere herstructureringsmaatregelen komen: er worden bijvoorbeeld ingrijpende wijzigingen van de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) verwacht om deze op lange termijn doeltreffender te maken. In 2006 zal ook een voorstel voor een bijstandswet worden ingediend die de verantwoordelijkheid voor bepaalde elementen van de zorg van de AWBZ naar de plaatselijke autoriteiten overdraagt.

**Nationaal hervormingsprogramma:** Het NHP stelt de werkgelegenheid centraal en gaat dieper in op maatregelen om het socialezekerheidsstelsel "activerend" te maken, alsook op de hervormingen van de gezondheidszorg. Wat de onderwijsproblemen van jongeren uit etnische minderheden betreft, kiest het NHP voor een algemene, geïntegreerde aanpak van achtergestelde jongeren en extra inspanningen om schooluitval in het algemeen tegen te gaan. Het NHP wijst op het belang van aanhoudende inspanningen om de leeftijd te verhogen waarop effectief uit de arbeidsmarkt wordt uitgetreden. Vervroegde uittreding uit de arbeidsmarkt ingevolge langdurige ziekte- of arbeidsongeschiktheidsuitkeringen moeten worden beperkt door de nieuwe wet arbeidsongeschiktheid, die zowel voor de werkgevers als voor de werknemers financiële aansporingen bevat om mensen met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid aan het werk te houden of aan werk te helpen. Het NHP

vermeldt ook de invoering van een financieel toetsingskader voor pensioenfondsen. Het NHP evalueert evenwel niet de gevolgen van het activeringsbeleid voor kwetsbaarste groepen.

#### **Uitdagingen voor de toekomst:**

- Nauwgezet toezicht op de gevolgen van de hervormingen inzake bijstand, inkomen en arbeidsvermogen.
- Bevordering van de integratie van etnische minderheden en de erkenning en inculcering van hun culturele diversiteit bij het bepalen van maatregelen voor sociale integratie.
- Een verdere beperking van het aantal vervroegde uittredingen, in het bijzonder van de vervroegde uittredingen ingevolge langdurige ziekte- of arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.
- Een succesvolle toepassing van de grote hervorming van de zorgverzekering, toezicht op de gevolgen op medisch, sociaal en financieel vlak, en de veiligstelling van de werking van de nieuwe zorgverzekeringsmarkt.

## **ÖSTERREICH**

**Situation und wichtigste Trends:** Das BIP-Wachstum beschleunigte sich von 1,4 % 2003 auf 2,4 % im Jahre 2004. Die Gesamtbeschäftigungsquote lag 2004 bei 67,8 %, d. h. weit über dem EU-Durchschnitt, während die Beschäftigungsquote der älteren Menschen mit 28,8 % im Jahre 2004 zu den niedrigsten in der EU zählt. Die Arbeitslosenquote ist im dritten Jahr in Folge gestiegen und lag 2004 bei 4,8 % der Erwerbsbevölkerung; besonders betroffen sind junge Menschen. Die Arbeitslosenquote bei jungen Menschen stieg von 3,8 % 2003 auf 5,6 % 2004. Die Sozialschutzaufwendungen als Prozentsatz des BIP sind seit 2000 gestiegen und lagen 2003 bei 29,5 % (ESSPROS-Daten). Die Lebenserwartung (2003: 75,9 Jahre für Männer und 81,6 Jahre für Frauen) und die gesunde Lebenserwartung (2003: 66,2 Jahre für Männer, 69,6 Jahre für Frauen) sind hoch und liegen über dem EU-Durchschnitt. Menschen ab 65 haben einen Lebensstandard, der – gemessen am durchschnittlichen Einkommen – nahezu dem der Altersgruppe 0-64 Jahre entspricht. Die Quote der von Armut Bedrohten lag 2003 bei 13 %, wobei das Armutsrisiko für Frauen, ältere Menschen, Kinder, Menschen mit Behinderungen und Zuwanderer höher war. Die Gesamtaufwendungen für Gesundheit als Prozentsatz des BIP (7,7 % im Jahre 2002 – WHO-HFA-Datenbank) lagen unter dem EU-Durchschnitt und sind in den letzten Jahren nur geringfügig angestiegen, während die Pro-Kopf-Kaufkraftparität (2220) leicht über dem EU-Durchschnitt liegt.

**Soziale Eingliederung:** In der österreichischen Eingliederungsstrategie gelten Beschäftigungsförderung, Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsleben, Entwicklung und Verbesserung der sozialen Dienste für Menschen in sozial schwieriger Lage und Investitionen in Bildung als die wichtigsten politischen Aufgaben. Die Bericht über die Umsetzung des NAP Eingliederung fordert eine Fortsetzung der gegenwärtigen Politik und nennt eine Reihe neuer Initiativen zur Bewältigung der Herausforderungen. Als Maßnahme zur Verbesserung der Lage der erwerbstätigen Armen ist ein monatlicher Mindestlohn von 1000 EUR nun Bestandteil aller Tarifvereinbarungen. Während die Reform des Rentensystems auf die finanzielle

Tragfähigkeit ausgerichtet ist, wurden Maßnahmen eingeführt, mit denen die Einkommen von Menschen mit niedriger Rente gesichert werden sollen. Im Hinblick auf die Bedürfnisse der Langzeitarbeitslosen werden die Aufwendungen für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen 2005 und 2006 gesteigert. Mit dem Blick auf eine Steigerung der sehr niedrigen Beschäftigungsquote älterer Arbeitskräfte sollen verstärkte Anreize im Rentensystem dafür sorgen, dass sie länger im Erwerbsleben bleiben, und es wurde eine Kampagne „56/58“ gestartet. Darin ist eine Verringerung der gesetzlichen Lohnnebenkosten für Arbeitnehmer im Alter von 56 bis 58 Jahren vorgesehen. Die Beschäftigungskampagne „Eine Milliarde für Menschen mit Behinderungen“ soll ebenfalls 2005 und 2006 fortgesetzt werden. Das „Behinderten-Gleichstellungspaket“ wird am 1. Januar 2006 in Kraft treten. Ziel ist die Abschaffung aller Formen von Diskriminierung. Ab dem Schuljahr 2005/2006 werden Kinder, deren Deutschkenntnisse unzureichend sind, in Pilotexperimenten im Jahr vor dem Schuleintritt gesondert gefördert. Das „Fremdenrechtspaket“ 2005 geht über das „Integrationspaket“ hinaus (Ausweitung der Zielgruppe, bessere Deutschkenntnisse, Zugang zum Arbeitsmarkt). Die Harmonisierung der Sozialbetreuungssysteme der Länder ist noch nicht vollzogen und stellt eine größere Herausforderung dar.

**Renten:** Österreich hat die Rentensysteme für Arbeiter, Angestellte, Selbständige, Landwirte und insbesondere Bundesbeamte mit der Einführung eines Einheitsrentengesetzes für diese Berufsgruppen harmonisiert; betroffen sind Menschen im Alter unter 50 Jahren. Die neueste Rentenreform enthält eine recht gründliche Überarbeitung der Berechnungsmethode für Leistungen, so dass sich eine stärkere Verknüpfung von Beiträgen und Leistungen ergibt, einschließlich eines „Bonus-Malus“-Systems für späteres bzw. früheres Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (es wurde eine Obergrenze eingeführt, wodurch der Verlust von Rentenansprüchen bis 2024 5 % bis höchstens 10 % erreichen kann) und einer Umstellung der Koppelung der Renten an die Verbraucherpreise ab 2006. 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. Vorruhestandsregelungen werden nach einer bis 2014 reichenden Übergangszeit auf Menschen mit langer Berufstätigkeit beschränkt, allerdings könnte eine so lange Übergangsfrist die Botschaft schwächen, dass ein Wandel notwendig ist.

**Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege:** Nach den Eurobarometer-Ergebnissen wird das österreichische Gesundheitssystem relativ positiv bewertet. Finanziell handelt es sich im Wesentlichen um ein Pflichtversicherungssystem, ein erheblicher Teil der Finanzierung wird jedoch von Regionalregierungen, privaten Zuzahlungen und privaten Zusatzversicherungen getragen. Die Versorgung wird gesichert durch eine Mischung aus meist privat niedergelassenen Ärzten und hauptsächlich öffentlichen Krankenhäusern. Der österreichische vorläufige nationale Bericht zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege vom Mai 2005 beschreibt verschiedene Maßnahmen für Personen, die der Langzeitpflege bedürfen. Der Bericht betont die anhaltende Herausforderung, die Situation der informellen Pflegedienstleistenden zu verbessern. Hierzu sind verschiedene Maßnahmen notwendig, etwa Angebote regelmäßiger Beratung sowie Maßnahmen zur Verringerung der Belastung von Pflegedienstleistenden, außerdem eine verbesserte soziale Absicherung. Sozialpolitische Maßnahmen für Menschen, die einer Langzeitpflege bedürfen, werden einen erhöhten Finanzbedarf nach sich ziehen. Höhere Aufwendungen werden jedoch durch deutliche Beschäftigungseffekte aufgewogen.

**Nationales Reformprogramm:** Das Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, das für die soziale Eingliederung zuständig ist, war an der Ausarbeitung des nationalen Reformprogramms (NRP) beteiligt. Im NRP wird der Beitrag der jüngsten Rentenreformen zur Sicherung der finanziellen und sozialen Tragfähigkeit des Systems betont, insbesondere aufgrund der Bedeutung, die der Frage eines längeren Erwerbslebens beigemessen wurde. Das Programm unterstreicht die gute Leistung Österreichs in Bezug auf die Armutsquote und die Langzeitarbeitslosenquote (fünftniedrigste bzw. drittniedrigste in der EU-25). Im NRP wird auch eine Reihe von Maßnahmen zugunsten von Zielgruppen genannt, die im Durchführungsbericht zum NAP Eingliederung erwähnt wurden. Zum Thema lebenslanges Lernen (IG 22) verweist das NRP ausdrücklich auf Maßnahmen aus dem NAP Eingliederung, die sich auf Schulabbrecher (18 bis 24 Jahre) beziehen. Reformen des Steuer- und Sozialsystems sollen sowohl das Armutsrisiko als auch die Gefahr der Arbeitslosigkeit verringern.

### **Herausforderungen für die Zukunft:**

- Verstärkung der Bemühungen zur Bewältigung der zunehmenden Gefahr sozialer Ausgrenzung, insbesondere für ältere Arbeitskräfte, Langzeitarbeitslose, Zuwanderer und junge Menschen, unter besonderer Berücksichtigung der steigenden Arbeitslosigkeit; in diesem Kontext ist der schwachen Beteiligung der Geringqualifizierten am lebenslangen Lernen besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
- Gewährleistung der Angemessenheit und Nachhaltigkeit künftiger Rentensysteme durch deutliche Steigerung der Beschäftigungsquote älterer Arbeitskräfte. Wichtig ist, das Armutsrisiko von Rentnern und die Ersatzquoten, insbesondere bei Frauen, zu beobachten und gegebenenfalls die politischen Optionen erneut zu prüfen.
- Aufrechterhaltung der relativ guten Trends bei den Gesundheitsausgaben durch fortgesetztes Bemühen um Eindämmung von Faktoren, die zur Kostensteigerung beitragen, etwa was Medikamente angeht. Zur Steigerung der Gesamteffizienz des Systems sind besondere Anstrengungen erforderlich, um die Aspekte Qualität, Telematik und Schnittstellenmanagement anzugehen.
- Fortgesetzte Verbesserung verschiedener Unterstützungsfunktionen zugunsten informeller Pflegedienstleistender, etwa zu Fragen wie Qualität der Pflege, gleichzeitig Rekrutierung und Ausbildung von Pflegedienstleistenden im Hinblick auf den künftigen Bedarf an Langzeitpflegen, vor allem vor dem Hintergrund eines veränderten Familienumfelds.

## POLSKA

**Sytuacja i główne tendencje:** W roku 2004 w Polsce odnotowano wysoki wzrost gospodarczy (5,3%), który jednak nie zaowocował stworzeniem nowych miejsc pracy. Poziom zatrudnienia w Polsce jest nadal najniższy w UE (51,7%), zwłaszcza wśród kobiet (46,2%) i osób w starszym wieku (26,2%). Stopa bezrobocia zmalała od 2003 r. o 0,4 punktu procentowego do poziomu 18,8%. W dalszym ciągu niepokojący jest wskaźnik bezrobocia wśród osób młodych, wynoszący 14,2% oraz bezrobocia długotrwałego sięgający 10,2%. Ogółem wydatki na zabezpieczenie społeczne wyrażone jako procent PKB osiągnęły poziom 21,6% w 2003 r. (z czego 14,3% to wydatki na emerytury i renty wg danych ESSPROS). Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wynosił 17% w 2003 r. Średnie dalsze trwanie życia (70,4 lata dla mężczyzn i 78,7 lat dla kobiet w 2002 r.) jest niższe niż średnia UE, lecz konsekwentnie rosło w ciągu ostatnich dziesięciu lat. Średnie dalsze trwanie życia w sprawności (62,5 lat dla mężczyzn i 68,9 lat dla kobiet w 2002 r.) jest przeciętne w odniesieniu do mężczyzn i dość wysokie w odniesieniu do kobiet. Łącznie wydatki na opiekę zdrowotną wyrażone jako procent PKB (6,1%) i w przeliczeniu na osobę (654 PPP\$) w 2002 r. (WHO-HFA) są niższe niż średnia UE i jedne z najniższych w UE.

**Integracja społeczna:** W czerwcu 2004 r. Polska przyjęła Krajowy Plan Działania na rzecz Integracji Społecznej (KPDIS) określający cele do 2010 r. KPD odzwierciedla najpilniejsze priorytety określone w KPDIS, jednak nie precyzuje pod względem operacyjnym (w tym pod względem budżetowym) w jaki sposób cele strategiczne zostaną osiągnięte. KPD zapowiada odwrót od tradycyjnej redystrybucji dochodów i przyjęcie wielopłaszczyznowego podejścia do propagowania integracji społecznej. Główne środki polityki w tym zakresie mają na celu zarówno zwiększenie aktywności grup narażonych na zagrożenia, jak również poprawienie instytucjonalnej skuteczności systemu opieki społecznej i rynku pracy. Nowowprowadzone zasady określania ankiet dotyczących środków utrzymania dla celów pomocy społecznej i zasiłków rodzinnych powinny uprościć skomplikowany system zasiłków. Jednakże złożoność struktury instytucjonalnej na szczeblu lokalnym w dalszym ciągu będzie utrudniać skuteczne wdrażanie programów socjalnych. Funkcję wspomagającą Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) można zauważyć w środkach związanych z edukacją, zatrudnieniem i integracją. Działalność EFS skupia się głównie na integracji zawodowej i społecznej grup zagrożonych. Krótki czas, jaki upłynął od momentu wprowadzenia KPD, oraz brak systemów monitorowania nie pozwalają na dokonanie ogólnej oceny wydajności KPD do chwili obecnej.

**Emerytury:** Polska przeprowadziła znaczące reformy systemu emerytalnego. Nowy system funkcjonuje od 1999 r. Pociągnęło to jednak za sobą wysokie koszty przejściowe, których finansowanie będzie wymagało podejmowania znacznych wysiłków w najbliższych dekadach. Reforma wprowadziła także możliwość dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego, jednak uczestnictwo w planach emerytalnych jest niewielkie. W 2004 r. utworzono nowy system oferujący zachęty podatkowe - dobrowolne osobiste konta emerytalne. Głównym wyzwaniem jest zwiększenie niskiego obecnie poziomu zatrudnienia (związanego częściowo z pracą niezgłoszoną i wysokim poziomem bezrobocia). To, czy zachęty podatkowe w nowym systemie emerytalnym przełożą się na wzrost zatrudnienia a tym samym na lepszą stabilność finansową, będzie jednak zależęć od zdolności do pracy osób w starszym wieku i ogólnego popytu na pracę. W związku ze spodziewanym spadkiem

stopy zastąpienia, adekwatność emerytur może oznaczać problem do rozwiązania w przyszłości, zwłaszcza w związku z krótszym okresem składkowym i niższymi średnimi zarobkami (z powodu wysokiego bezrobocia, zwłaszcza wśród kobiet). Ponadto zrównanie ustawowego wieku emerytalnego mężczyzn i kobiet pomogłoby zmniejszyć różnice między kobietami i mężczyznami w uprawnieniach emerytalnych oraz przyczyniłoby się do zwiększenia poziomu zatrudnienia. Innymi ważnymi kwestiami, które nadal pozostają do rozwiązania, są gruntowna reforma systemu emerytalnego rolników oraz rent inwalidzkich, które stały się głównym sposobem wcześniejszej ucieczki z rynku pracy.

**Opieka zdrowotna i opieka długoterminowa:** Główny problem stanowi niski poziom finansowania publicznego w porównaniu ze znacznym wzrostem kosztów niezwiązanych z systemem opieki zdrowotnej (np. rosnące ceny leków i sprzętu medycznego), wzrastające wymagania w zakresie opieki zdrowotnej (w wyniku np. wyższego poziomu wykształcenia, reklamy) oraz starzenie się społeczeństwa polskiego. W celu zwiększenia środków finansowych na rzecz systemu opieki zdrowotnej, wysokość składki ubezpieczeniowej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia ciągle wzrasta i przewiduje się, że w roku 2007 osiągnie poziom 9%. To, jak również zadania władz publicznych mające na celu zapewnienie równego dostępu do usług opieki zdrowotnej, jest zapisane w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W listopadzie 2004 r. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło raport „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga” w celu uzyskania całościowego obrazu obecnej sytuacji i przeprowadzenia szeroko zakrojonej debaty publicznej. Jeden z problemów wspomnianych w raporcie dotyczy wynagrodzeń dla pracowników publicznej służby zdrowia. Nabral on szczególnego znaczenia wraz z rosnącą emigracją personelu medycznego po przystąpieniu Polski do UE. Poprawa jakości jest jednym ze strategicznych i niezależnych celów systemu opieki zdrowotnej, jak również warunkiem niezbędnym do zwiększenia zadowolenia pacjentów. W celu poprawy jakości świadczonych usług podejmuje się szereg działań, tak wynika ze wstępnego krajowego raportu na temat opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej w 2005 r.

**Krajowy program reform (KPR):** Chociaż KPR nie odnosi się bezpośrednio do KPD na rzecz integracji, zawiera on plany - niektóre wymagające uszczegółowienia - optymalizujące polityki i instytucje związane z rynkiem pracy, których celem jest włączenie na rynek pracy osób znajdujących się w trudnej sytuacji oraz zaangażowanie osób niepełnosprawnych. KPR wyznacza ambitny cel obniżenia stopy bezrobocia do 14,6% do roku 2008. Określa on również, że złe warunki mieszkaniowe sprzyjają wykluczeniu społecznemu, bezrobociu, brakowi mobilności pracowników oraz proponuje podjęcie inicjatyw w celu rozwiązania tego problemu. Program ten uznaje potrzebę kontynuowania reform systemu emerytalnego i systemu opieki zdrowotnej, natomiast dalsze środki w celu zwiększenia zatrudnienia wśród osób starszych przyczyniłyby się do zwiększenia adekwatności i stabilności emerytur w przyszłości. Kwestia eliminacji przeszkód w dostępie do edukacji, zwłaszcza z powodu ubóstwa i niepełnosprawności, również została poruszona w KPR.

## **Wyzwania:**

- cofnięcie negatywnych tendencji w zakresie ubóstwa przez określenie ram politycznych obejmujących integrację społeczną i środki służące tworzeniu miejsc pracy, zapewniając jednocześnie właściwe wsparcie dla osób narażonych na ubóstwo;
- zwiększenie możliwości administracyjnych, wzmocnienie instytucji odpowiedzialnych za politykę społeczną oraz poprawa koordynacji polityki na szczeblu lokalnym;
- zwiększenie ogólnego poziomu zatrudnienia (zwłaszcza osób w starszym wieku i osób niepełnosprawnych), zapewniając dostępność wystarczających środków na adekwatne emerytury do momentu pełnego rozwinięcia funduszy emerytalnych, monitorując adekwatność emerytur w przyszłości;
- zreformowanie systemów emerytalnych dla rolników oraz umożliwienie przekształcenia kapitałowych oszczędności emerytalnych w bezpieczne renty roczne;
- dalsza poprawa świadczenia różnych wzajemnie powiązanych ze sobą usług zdrowotnych i społecznych w zakresie opieki nad osobami starszymi, jak ma to miejsce w ramach programu rozwoju opieki długoterminowej, np. po to aby sprostać sytuacji rodzinnej zmieniającej się z powodu emigracji w celach zarobkowych.

## **PORTUGAL**

**Situação e principais tendências:** Os principais indicadores económicos e sociais revelam uma situação preocupante, que se tem vindo a deteriorar desde 2001. Portugal está perto da consecução da meta de Lisboa para a taxa de emprego total (67,8% em 2004), tendo ligeiramente ultrapassado os números previstos para as mulheres (61,7% em 2004) e os trabalhadores mais velhos (50,3% em 2004). Todavia, o abrandamento económico provocou um acentuado aumento do desemprego, em especial o de longa duração, que representa agora cerca de 50% do desemprego total. O mercado de trabalho continua extremamente segmentado, com um grande número de trabalhadores pobres. Apesar dos recentes progressos em matéria de níveis de desempenho escolar, quase 40% dos jovens abandonam o sistema de ensino com habilitações que não superam, nos melhores dos casos, o secundário inferior. A taxa de risco de pobreza persistente (15% em 2001) e a desigualdade na distribuição da riqueza (rácio de 7,4 em 2003) são as mais elevadas da UE. No entanto, a taxa de risco de pobreza desceu para 19% em 2003 (em 1995 atingia 23%). Em 2003, as despesas de protecção social representaram 24% do PIB, muito abaixo da média da UE de 28% e a despesa com pensões representou 11,9% do PIB (dados ESSPROS).

Registaram-se melhorias consideráveis no que se refere à saúde da população nos últimos 20 anos. Todavia, a esperança de vida (74,2 anos para os homens e 80,5 anos para as mulheres em 2003 - ESTAT) e a esperança de vida saudável (59,8 anos para os homens e 61,8 anos para as mulheres em 2003 - ESTAT) permanecem abaixo da média da UE. As taxas de mortalidade por doença cardiovascular e cancro do estômago e do pulmão são mais elevadas do que a média da UE. A despesa total com

a saúde em percentagem do PIB (9,3% em 2002 – OMS-HFA) situa-se acima da média da UE, ao passo que o índice PPC per capita em dólares (1702 em 2002 – OMS-HFA) é inferior.

**Inclusão social:** O plano nacional de acção para 2003-2005 apresentava uma vasta lista de princípios e descrevia mais de 207 instrumentos destinados a apoiar um conjunto de desafios essenciais. O plano permitiu dar uma certa coerência às medidas esparsas e fragmentadas existentes, mas não forneceu uma orientação estratégica clara nem um conjunto de prioridades concretas. Relativamente a muitas das medidas não foi feita qualquer referência aos recursos financeiros, nem fornecidos prazos exactos ou indicadores de acompanhamento e avaliação de impacto claros e quantificáveis. O facto de se terem sucedido três governos no período de 2002 a 2004 explica, em parte, a dificuldade de se seguir uma estratégia coerente, perante prioridades políticas por vezes antagónicas e estruturas administrativas instáveis. No que respeita ao processo de execução, observaram-se também lacunas em termos de coordenação intra-governamental e de participação dos principais intervenientes. O plano nacional de acção não foi objecto de debate político, mas contribuiu para incentivar o debate entre os peritos neste domínio, além de ter melhorado o nível de sensibilização geral para as questões de exclusão social.

A «Rede Social», que reúne autoridades locais, parceiros sociais e a sociedade civil, agentes que dispõem de um conhecimento aprofundado das realidades locais, tem tido um êxito notável. É fundamental reforçar estas redes e proporcionar-lhes recursos que permitam melhorar a sua intervenção social. Registaram-se progressos importantes no que respeita às medidas em matéria de formação profissional e aprendizagem destinadas a reduzir os níveis de abandono escolar precoce e melhorar as perspectivas de emprego dos jovens que abandonam prematuramente o ensino. O Rendimento Social de Inserção (RSI), regime destinado às pessoas que vivem em situação de pobreza e de maior vulnerabilidade à exclusão social, foi objecto de revisão. Os serviços públicos devem adaptar-se à procura crescente de apoio no quadro do RSI e reforçar a abordagem de inserção social, de modo a evitar que este instrumento se transforme num simples regime pecuniário de apoio à subsistência.

**Pensões:** Em resposta ao desafio da adequação, tem sido dada grande prioridade à melhoria do nível da pensão mínima de velhice, o que deverá contribuir para atenuar os riscos de pobreza. De modo a reduzir ainda mais a pobreza entre os idosos, foi criada uma nova prestação social financiada a partir das receitas fiscais, o Complemento Solidário para Idosos, que começará a ser aplicado a partir de 2006. Além do mais, as carreiras contributivas completas em empregos mais bem remunerados levarão igualmente ao pagamento de pensões mais elevadas às novas gerações. As reformas mais recentes neste domínio intensificarão os incentivos para que se trabalhe mais tempo e contribuirão igualmente para um tratamento mais equitativo das pessoas inscritas em regimes diferentes. Uma maior harmonização dos regimes de pensões e a adopção de novas medidas de incentivo ao prolongamento da vida activa poderão contribuir para reforçar a adequação e a sustentabilidade. O governo tenciona criar incentivos ao desenvolvimento dos regimes de pensão complementar. Resta saber se esta modernização do quadro jurídico dos regimes privados permitirá que os regimes profissionais contribuam de modo satisfatório para a adequação futura das pensões.

**Cuidados de saúde e cuidados prolongados:** As lacunas no sector dos cuidados de saúde primários, incluindo a falta de médicos a este nível, prejudicam o sistema nacional de saúde, que assenta precisamente nos cuidados primários. Face ao envelhecimento da população, torna-se necessário redobrar os esforços de melhoria dos serviços de cuidados prolongados. As propostas incluem um incremento dos serviços de proximidade e de apoio domiciliário, centros de dia, cuidados hospitalares para doentes crónicos, apoio às famílias, utilização das TIC (centros de atendimento telefónico, processos clínicos dos doentes, consultas por correio electrónico, prescrição electrónica de medicamentos) e parcerias entre o sistema de cuidados primários e os serviços sociais. Considera-se que um sistema eficaz de referenciação baseado no médico de família promoverá o acesso aos cuidados e a sua coordenação, bem como a eficiência do sistema, ao passo que a melhoria das possibilidades de escolha e da participação dos utentes contribuirão para melhorar a qualidade e a capacidade de resposta do sistema. É necessário prosseguir as reformas de modo a consolidar um sistema de saúde assente nos cuidados primários, o que implicará, designadamente, a melhoria do acesso dos utentes e da autonomia dos prestadores de cuidados. A fim de controlar os gastos elevados com medicamentos, as estratégias prevêm a utilização de genéricos, a comparticipação dos medicamentos com base na evidência da sua eficácia e a liberalização da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica. A cirurgia em ambulatório, a rotação das camas e a sua gestão comum deverão melhorar a eficiência hospitalar. Para reduzir a actual incidência das doenças, estão a ser desenvolvidos diversos programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Foi designado um coordenador nacional para a saúde dos idosos e das pessoas em situação de dependência. Entre as suas responsabilidades contam-se a execução das políticas nacionais de saúde que visam promover a adequação dos cuidados de saúde às necessidades dos idosos e dos cidadãos em situação de dependência, a realização de intervenções em prol do envelhecimento activo e saudável, o estabelecimento de uma rede de cuidados continuados, a formação contínua e a investigação.

**Programa nacional de reformas:** A coesão social é muito justamente apresentada como um desafio fundamental do programa nacional de reformas (PNR). Todavia, este carece de uma abordagem centrada na luta contra a pobreza e só aborda parcialmente este desafio ao incluir medidas a favor dos grupos desfavorecidos e socialmente excluídos no quadro de outros domínios de intervenção, como a educação, as políticas do mercado de trabalho activas e a modernização da protecção social. O PNR põe em destaque a importância de modernizar os regimes de pensões mediante a redução das possibilidades de acesso à reforma antecipada e a aproximação entre a idade de reforma efectiva e a idade de reforma legal. Estas medidas são bem-vindas, mas a ligação com o método aberto de coordenação nas áreas da protecção social e da inclusão social poderia ser mais desenvolvida.

## **Desafios:**

- Integrar a dimensão da inclusão social em todas as iniciativas políticas relevantes com o objectivo de corrigir os elevados níveis de pobreza, as desigualdades na distribuição dos rendimentos, as altas taxas de abandono escolar precoce, o elevado número de trabalhadores pobres e as consideráveis disparidades salariais entre homens e mulheres no sector privado.
- Racionalizar o vasto número de medidas de inclusão social em vigor e definir metas e quadros de execução para as mesmas, associando estreitamente os diversos intervenientes desde a fase de concepção dos instrumentos até à sua execução, acompanhamento e avaliação.
- Prosseguir a convergência do regime de pensões dos funcionários públicos com o regime geral e introduzir novas medidas destinadas a garantir que sejam disponibilizados recursos suficientes para assegurar pensões adequadas, designadamente através da promoção do prolongamento da vida activa.
- Assegurar a prestação de cuidados de saúde continuados e colmatar as insuficiências dos cuidados de saúde primários, estabelecer sistemas eficazes de referenciação e melhorar a eficiência dos serviços.

## **SLOVENIJA**

**Stanje in ključna gibanja:** Po treh letih zmernega upočasnjevanja gospodarske rasti se je v letu 2004 gospodarska aktivnost znova pospešila. BDP na prebivalca, merjen po standardih kupne moči, je znašal 80 % povprečja EU v letu 2004. Skupni izdatki za socialno varnost, izraženi kot odstotek BDP (24,6 % v letu 2003), so bili pod povprečjem EU (podatki ESSPROS). Skupni izdatki za zdravje so bili pod povprečjem EU, izraženo tako v odstotku BDP kot PKM v dolarjih na prebivalca (8,2 % oziroma 1404,66 v letu 2001, zbirka podatkov WHO-HFA). Stopnja tveganja revščine se od leta 1997 znižuje in je leta 2003 znašala 10 % (pod povprečjem EU). Čeprav je stopnja zaposlenosti na ravni povprečja EU, stopnja brezposelnosti pa med najnižjimi, trg dela še vedno zaznamujeta nizka zaposlenost starejših delavcev (29 % v letu 2004) in visoka brezposelnost med mladimi (15,9 %). Regionalna neskladja so precejšnja, saj vzhodna Slovenija občutno zaostaja. Pričakovana življenjska doba (72,6 let za moške in 80,4 leta za ženske v letu 2003) je pod povprečjem EU, vendar se je v zadnjem desetletju znatno podaljšala.

**Socialna vključenost:** Program boja proti revščini in socialni izključenosti, sprejet leta 2000, vsebuje opredelitev socialne vključenosti in potrjuje, da je socialno vključevanje ena od splošnih prednostnih nalog vladne politike. To se dobro kaže v nacionalnem akcijskem načrtu za obdobje 2004–2006, katerega obsežna strategija je osredotočena na štiri skupne cilje EU v okviru boja proti revščini in socialni izključenosti. Kljub temu, da so prednostne naloge, kot so vključujoč trg dela, primerna izobrazba, ustrezni življenjski pogoji in zmanjševanje regionalnih razlik, v nacionalnem akcijskem načrtu dobro opredeljene, predvideni ukrepi ne ustrezajo vedno izzivom in ne zajemajo celotnega spektra prednostnih nalog, naštetih v strategiji. Nekateri splošni cilji niso bili v zadostni meri preoblikovani v operativne ukrepe in merljive cilje. Čeprav opredelitev uporabe strukturnih sredstev v

nacionalnem akcijskem načrtu ni natančna ali jasna, nekatere ukrepe dejansko podpira Evropski socialni sklad. Večina napovedanih ukrepov iz nacionalnega akcijskega načrta je sprožila nekatere pobude. Ker ni bilo formalnega poročila o izvajanju ali posodobitve v letu 2005 in ker ni na voljo podatkov o spremljanju, ocena njihove ustreznosti in učinkovitosti ni možna.

**Pokojnine:** Čeprav so najnovejše reforme pomemben korak k zagotavljanju ustreznih in vzdržnih pokojnin, so pritiski na proračun zaradi izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva, v Sloveniji znatno večji kot v večini drugih držav članic. To še poudarja potrebo po nadaljnjih ukrepih. Glede na zelo nizko stopnjo zaposlenosti med starejšimi ljudmi je nujno izboljšati spodbude za daljše delovno življenje. Glavni izziv je zmanjševanje zgodnjega umika s trga dela, ki bo prispevalo k zagotavljanju prihodnje ustreznosti (s pridobivanjem nadaljnjih pokojninskih pravic, ki se v nasprotnem primeru zmanjšujejo) in vzdržnosti. Po uvedbi močnih spodbud za udeležbo pri prostovoljnih pokojninah, je trenutno skoraj polovica vseh aktivnih zavarovancev udeleženih v sistemih prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja, ob čemer se poudarja pomembnost ustrezne prenosljivosti pravic kot tudi pravil o delitvi tveganja. Reforma iz leta 1999 sicer predvideva dolgoročne razlike v upokojitvenih starostih žensk (61) in moških (63), vendar bo k zagotavljanju prihodnje ustreznosti prispevalo tudi nadaljnje zmanjševanje razlik na tem področju.

**Zdravstveno varstvo in dolgotrajna oskrba:** Kar zadeva dostop, se težave nanašajo predvsem na pomanjkanje osnovne oskrbe, regionalna neskladja, čakalne liste in gotovinska plačila. Da bi se zmanjšale finančne ovire za ranljivejše skupine, so v spremembah zakonodaje predvideni popusti in oprostitev plačil za ljudi z nizkimi dohodki. Organi oblasti so določili regionalne cilje glede zagotavljanja osebja. Kar zadeva učinkovitost sistema, pa so organi oblasti usmerjeni k izboljšanju sistema napotitev, večji uporabi ambulantne kirurgije, skrajševanju dolžine hospitalizacij in spodbujanju preventive. Institucionalna in neinstitucionalna zmogljivost za dolgotrajno oskrbo za starejše osebe je nezadostna, obenem pa se bo kot posledica staranja prebivalstva potreba po dolgotrajni oskrbi in socialnih storitvah še naprej večala. Večji del dolgotrajne oskrbe se zagotavlja institucionalno, postopoma pa se razvija tudi dolgotrajna oskrba na domu. Da bi omogočili uresničevanje dolgotrajne oskrbe, so bile povečane zmogljivosti za potrebe 4,5 % prebivalstva, starejšega od 65 let, pri čemer ima prednost oskrba na domu. Prizadevanja so usmerjena k povečanju deleža zdravstvenih storitev znotraj institucionalne oskrbe in oskrbe na domu s ciljem zagotoviti in izboljšati kakovost rehabilitacijskih storitev, zlasti fizioterapije in delovne terapije. Za nadaljnje zmanjšanje neenakosti vlada predvideva uvedbo posebnega obveznega zavarovanja, ki bo izenačilo vse storitve dolgotrajne oskrbe.

**Nacionalni program reform:** Nacionalni program reform priznava večino izzivov v zvezi s socialno zaščito in vključenostjo, posodobitev sistemov socialne zaščite pa je ena prednostnih razvojnih nalog programa. Nacionalni program reform poudarja dejstvo, da so potrebne nadaljnje reforme pokojninskega in zdravstvenega sistema, zlasti za spodbujanje daljšega delovnega življenja, kar bo prispevalo k vzdržnosti in ustreznosti določb o socialni zaščiti. Vendar pa so prednostni ukrepi na teh področjih nekoliko splošni, kar omejuje možnosti za ocenjevanje njihovega dejanskega prispevka k programu reform. Prednostni ukrepi za boj proti diskriminaciji so omejeni na diskriminacijo zaradi spola. Glede najbolj prikrajšanih skupin so prednostni ukrepi nacionalnega programa reform usmerjeni k invalidnim osebam in starejšim delavcem.

Romi in druge etnične skupine so omenjeni, vendar konkretni ukrepi za njihovo socialno vključevanje niso predvideni. Načrtovana je reforma socialnih transferjev. Novi nacionalni program socialne zaščite do leta 2010, ki je napovedan v nacionalnem programu reform, in nov zakon o socialni zaščiti bosta usmerjena na brezposelne in na ugodnosti, s katerimi se bo spodbudila njihova vrnitev na trg dela.

### **Izzivi za prihodnost:**

- Uvesti nove in nadgraditi obstoječe ukrepe za vrnitev ljudi, ki so odvisni od socialnih prejemkov nazaj na trg dela, pri tem pa ohraniti primerno raven socialne varnosti in se izogniti pastem revščine in invalidnosti.
- Razširiti dostop do stanovanjske nastanitve, zlasti za najbolj ranljive skupine, da bi z uvedbo konkretne strategije in ukrepov preprečili diskriminacijo, ki je ena glavnih ovir pri socialnem vključevanju, in odpravili obstoječe regionalne razlike.
- Uresničiti zvišanje upokojitvene starosti, delovati v smeri večjega zaposlovanja starejših ljudi ter popolne enakosti med moškimi in ženskami.
- Krepiti in zagotoviti dolgotrajno oskrbo in zdravstvene storitve za starejše ljudi (bolnike) v skladu z njihovimi posebnimi in spremenljivimi potrebami znotraj zdravstvenih institucij in v njihovem domačem okolju. Nadgraditi usklajevalno politiko in organizacijo storitev na teh področjih, da bi zmanjšali razlike v zdravstvenih zmogljivostih ter dosegli cilje glede učinkovitosti.

## **SLOVENSKÁ REPUBLIKA**

**Situácia a hlavné trendy:** v roku 2004 mal HDP naďalej pozitívny rast ako v predchádzajúcich rokoch a dosiahol úroveň 5,5 %. Celková miera zamestnanosti (57,0 %) je tak výrazne pod priemerom EÚ-25 (63,3 %). Miera zamestnanosti starších pracovníkov (26,8 %) s extrémne nízkou mierou zamestnanosti starších žien (12,6 %) ďaleko zaostáva za lisabonským cieľom na rok 2010. Miera nezamestnanosti sa opäť zvýšila a dosiahla 18 %, ale očakáva sa, že v roku 2005 poklesne pod 17 %. Dlhodobá miera nezamestnanosti (11,7 %) a miera nezamestnanosti mladých ľudí (32,3 %) je naďalej veľmi vysoká. Miera obyvateľstva na hranici chudoby (21 %) je jednou z najvyšších v EÚ s nepriaznivým rozložením okolo hraničnej hodnoty: 12 % obyvateľstva v roku 2003 malo príjem nižší ako 40 % národnej hraničnej hodnoty. Výdavky na sociálne zabezpečenie majú klesajúci trend (z 20,2 % HDP v roku 1998/9 na 19,2 % v roku 2002 a 18,4 % v roku 2003 – údaje ESSPROS); relatívny pokles však čiastočne súvisí s vysokým rastom HDP. V porovnaní s priemerom EÚ sú výdavky na dôchodkové zabezpečenie vo výške 7,5 % HDP v roku 2003 nízke. Predpokladaná dĺžka života (69,9 pre mužov a 77,8 pre ženy v roku 2003) je pod priemerom EÚ (v uvedenom poradí piata a štvrtá najnižšia). Celkové výdavky na zdravotnú starostlivosť ako percento HDP (5,7 %) a na obyvateľa (698 PPP\$) v roku 2002 (databáza Svetovej zdravotníckej organizácie - WHO a organizácie Zdravie pre všetkých – „Health for all“- HFA) patria medzi najnižšie v EÚ.

**Sociálne začlenenie:** Slovenská republika nepredložila aktualizovaný NAP týkajúci sa začlenenia v roku 2005, ale medzičasom bolo prijatých niekoľko strategických dokumentov. Vláda prijala vo februári 2004 Stratégiu konkurencieschopnosti pre Slovenskú republiku do roku 2010 (národná lisabonská stratégia) s dvoma hlavnými cieľmi: dokončenie štrukturálnych reforiem v sociálnej oblasti, zdravotnej starostlivosti a dôchodkového poistenia a rozvoj prioritných oblastí, akými sú vzdelávanie a rozvoj.

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny v máji 2005 predstavilo akčný plán predchádzania a zmiernenia chudoby a sociálneho vylúčenia na Slovensku na rok 2005/06. Zameriava sa v ňom na medzigeneračnú chudobu: prevažne na deti a podporu sociálnych služieb a služieb na úrovni komunít.

V júli 2005 začalo platiť nové opatrenie na podporu matiek s deťmi mladšími ako tri roky. V roku 2006 sa plánujú nové opatrenia týkajúce sa sociálneho začlenenia, najmä so zameraním na vzdelávanie nezamestnaných a implementáciu nových druhov dostupnejších a kvalitnejších sociálnych služieb. Je potrebné stanoviť opatrenia na podporu politiky v súvislosti s aktívnym starnutím.

Zamestnanosť a integrácia marginalizovanej rómskej komunity (odhadovaná na 320 000, z ktorých 150 000 žije v zúfalých životných podmienkach) predstavuje naďalej kľúčovú výzvu. Okrem toho sa situácia rómskeho obyvateľstva vyznačuje sociálnou segregáciou, nerovným prístupom k zdravotnej starostlivosti (plus zvýšené riziko rôznych ochorení a úrazov), nerovnakým prístupom k právnej ochrane a nedostatočnou účasťou na politike.

**Dôchodky:** Slovenský dôchodkový systém podstúpil v roku 2005 veľkú reformu, ktorou sa rozdelila zákonná schéma starobného dôchodku na priebežne financovaný (pay-as-you-go) pilier a súkromne spravovaný financovaný pilier. Zavedenie druhého piliera spôsobí významné straty poplatkov, pričom sa vytvorí veľký deficit verejného priebežného systému, čím sa obmedzia možnosti zlepšenia súčasných dôchodkov. Dobrovoľný dôchodkový doplnkový systém sporenia pozostáva z dôchodkového poistenia poskytovaného zamestnávateľmi alebo odborovými organizáciami a, od roku 2005, iných finančných daňovo odpočítateľných produktov iných finančných inštitúcií.

Hlavnou výzvou Slovenskej republiky je zvýšenie celkovej miery zamestnanosti, osobitne starších pracovníkov, a zníženie nezamestnanosti, ktoré by mohli posilniť príspevkovú základňu ako aj umožniť ľuďom akumulovať dodatočné dôchodkové práva. V novom návrhu systému sa rovnako vytvára silná väzba medzi príspevkami jednotlivcov do systému a dávkami, ktoré by mohli viesť k otázkam primeranosti príspevkov a dávok, týkajúcich sa pracujúcich s nízkymi príjmami a ľudí, ktorí prerušili svoju kariéru, najmä ženy.

**Zdravotníctvo a dlhodobá starostlivosť:** Systém zdravotnej starostlivosti na Slovensku sa od 90. rokov potýka so stálymi problémami, ktoré sa vyznačujú platobnými ťažkosťami, nízkou kvalitou poskytovania služieb a nedostatkom sociálnej súdržnosti. Nová vláda v roku 2002 hľadala nové riešenia stabilizácie finančnej situácie v oblasti zdravotnej starostlivosti so zameraním na dereguláciu, decentralizáciu, zvýšenú hospodársku súťaž a mobilizáciu súkromných zdrojov.

Vláda uzákonila v októbri 2004 šesť navzájom súvisiacich zákonov o: zdravotnom poistení; zdravotných poisťovniach a dozornom zdravotnom orgáne; poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti; záchranej službe; službách zdravotnej starostlivosti; a základnom ošetrovaní/balíku dávok, ktoré nadobudli platnosť v januári 2005.

V zákone o zdravotnom poistení sa definuje (verejné) sociálne zdravotné poistenie a súkromné zdravotné poistenie. Povinné sociálne zdravotné poistenie oprávňuje každého občana na základnú zdravotnú starostlivosť a s ňou súvisiace služby v rozsahu uvedenom v zákone o ošetrovaní. Samotné poskytovanie zdravotnej starostlivosti je zverené miestnym zdravotníckym centrom, nemocniciam, poliklinikám, sanatóriám a kúpeľným zariadeniam. Systémom dobrovoľného súkromného zdravotného poistenia sa zabezpečuje úhrada za služby, ktoré nie sú zahrnuté v povinnom balíku.

Dlhodobá starostlivosť v súčasnosti vychádza zo zákonnej úpravy týkajúcej sa osôb so zdravotným postihnutím a ďalších iných rizík (invalidita, staroba, zdravotná starostlivosť) a je čiastočne financovaná z príspevkov zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb a zamestnancov a čiastočne zo štátneho rozpočtu. Dávky sa poskytujú ako kombinácia vecných dávok a peňažných dávok. Od vyhlásenia o zdravotnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti z roku 2005 sa zdá, že vláda má v úmysle nový súbor zákonov týkajúci sa dlhodobej starostlivosti.

**Národný reformný program (NRP):** Na procese tvorby NRP sa zúčastnili všetky príslušné ministerstvá pod vedením Úradu vlády spolu so sociálnymi partnermi, zástupcami akademickej obce a členmi parlamentu. Sociálne zahrnutie bolo uznané ako jedna zo štyroch cieľových oblastí vyžadovaných na zvýšenie zamestnanosti, ktoré je považované za najúčinnjšiu metódu podpory hospodárskeho rastu v rámci rozvoja inkluzívnej spoločnosti. Program však dostatočne nerieši integráciu rómskej menšiny alebo vplyv reforiem systému sociálnej ochrany na marginalizované skupiny. Budúcou politikou bývania uvedenou v NRP by sa mal podporiť vstup na trh práce a možnosti sociálneho bývania. Existujú však obavy, čo sa týka financovania, keďže zdroje zo Štátneho fondu rozvoja bývania sa nedávno znížili.

#### **Výzvy do budúcnosti:**

- zvýšiť celkovú mieru zamestnanosti a najmä starších pracovníkov, zatriktívniť prácu po finančnej stránke a súbežne podporovať väčšie množstvo a kvalitnejšie pracovné miesta s cieľom stimulovať inkluzívny trh práce;
- monitorovať vplyv reforiem na ohrozené skupiny, monitorovať a zhodnotiť implementáciu programov vypracovaných pre Rómov a zvýšiť informovanosť verejnosti v súvislosti s touto menšinou;
- pokračovať v riešení nedostatku bytov a v boji proti problému bezdomovcov;
- zabezpečiť dostatočné zdroje na primerané dôchodky, pokiaľ nebude úplne rozvinutý dôchodkový systém a nebudú vypracované účinné stratégie na riešenie prechodných nákladov;
- úspešne pokračovať v implementácii nových právnych predpisov v oblasti zdravotnej starostlivosti a sledovať ich liečebné, sociálne a finančné účinky.

## SUOMI

**Tilanne ja tärkeimmät suuntaukset:** Vuonna 2005 kokonaistuotannon kasvun arvioidaan Suomessa jäävän 2 prosenttiin metsäteollisuuden tuotantoseisokkien vuoksi. Kasvun ennustetaan olevan 3 prosenttia vuonna 2006 ja sen jälkeen alle 2,5 prosenttia vuodessa joidenkin vuosien ajan. Työllisyyden kasvu hidastuu (työllisyysaste 67,6 prosenttia vuonna 2004), mutta työttömyysasteen (8,8 prosenttia vuonna 2004) ennustetaan alenevan, kun työvoiman tarjonta supistuu. Työllisyysaste 55–64-vuotiaiden ryhmässä oli 50,9 prosenttia eli se on noussut 9 prosenttiyksikköä vuodesta 2000. Suomessa sosiaaliturvamenojen osuus BKT:stä oli vuonna 2003 yhteensä 26,9 prosenttia. Yli kolmannes tästä osuudesta oli eläkemenoja (11,4 prosenttia BKT:stä). Sosiaalimenojen osuus BKT:stä on ollut vuodesta 1998 alkaen hieman alle EU:n keskiarvon (ESSPROS-tiedot). Suomen suhteellinen köyhyysaste, joka oli 11 prosenttia vuonna 2003, on kuitenkin edelleen EU:n alhaisimpia.

Elinajanodote (vuonna 2003 miehillä 75,1 vuotta ja naisilla 81,8 vuotta) on korkea ja ylittää EU:n keskiarvon, kun taas terveen elinajan odote (miehillä 57,3 vuotta ja naisilla 56,5 vuotta) jää alle EU:n keskiarvon. Terveystuomien kokonaismäärä alittaa EU:n keskiarvon, kun niitä tarkastellaan prosentiosuutena BKT:stä sekä asukasta kohden laskettuina ostovoimakorjattuina Yhdysvaltain dollareina (7,3 prosenttia ja 1 943 PPP USD vuonna 2002 – WHO:n HFA-tietokanta) Menojen kehitys on vastannut BKT:n kasvua viime vuosina.

**Sosiaalinen osallisuus:** Sosiaalista osallisuutta käsittelevässä Suomen kansallisessa toimintasuunnitelmassa (2003–2005) oli lähtökohtana se, että sosiaalipoliittisen järjestelmän perusrakenne säilytetään ennallaan. Syrjäytymisuhan alaiset ryhmät oli toimintasuunnitelman mukaan määrä pitää ensisijaisesti koko väestölle tarkoitettujen etuuksien ja palveluiden piirissä, ja lisäksi suunnitelmassa korostettiin työn ensisijaisuuden periaatetta. Toisaalta painotettiin myös sitä, että universaalien järjestelmän lisäksi on toteutettava riskiryhmiin kohdennettuja toimenpiteitä. Suunnitelmassa asetettiin eri politiikanlohkoille tavoitteita, jotka koskevat työllisyyttä, palvelujärjestelmän kehittämistä, toimeentulotukea sekä koulutus- ja asuntopolitiikkaa. Riskiryhmiin kohdennetuille toimenpiteille vahvistettiin täydentäviä tavoitteita. Kokonaisstrategiaa on noudatettu ja kaikki tavoitteet on otettu huomioon toiminnassa.

Sosiaalisen syrjäytymisen vähentämiseen tähtäävistä Suomen käynnistämistä toimenpiteistä tärkeimpiä ovat työelämään osallistumista edistävät toimenpiteet ja uudistukset, kansallinen terveysprojekti, kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti, oppilashuoltotyön ja opinto-ohjauksen kehittäminen sekä asunnottomuuden vähentämishjelmat. Käytännöllisesti katsoen kaikki toimenpiteet, jotka on määritetty sosiaalista osallisuutta käsittelevässä Suomen kansallisessa toimintasuunnitelmassa vuosille 2003–2005, on toteutettu tai ovat parhaillaan toteutettavina. Rakennerahastot, toisin sanoen ESR, ovat olleet hyödyllisiä tukijoita kansallisen toimintasuunnitelman täytäntöönpanossa varsinkin työllisyyden ja koulutuksen alalla sekä toteutettaessa riskiryhmiin kohdennettuja toimenpiteitä.

Hallituksen talousarvioesitys vuodeksi 2006 sisältää heikoimmassa asemassa olevien tukemiseen tarkoitettua monipuolista toimenpidepakettia, joka on johdonmukainen jatko aiemmalle strategialle.

**Eläkkeet:** Suomessa tuli vuonna 2005 voimaan työeläkejärjestelmän uudistus, jonka avulla halutaan vähentää varhaista eläkkeelle siirtymistä ja kannustaa ihmisiä pysymään pitempään työelämässä. Uudistus on merkittävä edistysaskel ja vahvistaa osaltaan Suomen eläkejärjestelmän rahoituksen kestävyttä. Uudistuksessa varmistetaan riittävät eläkkeet ja otetaan huomioon muuttuvat sosiaaliset olosuhteet muun muassa soveltamalla mekanismeja, jonka avulla eläkkeitä mukautetaan elinajanodotteen nousuun. Pitkällä aikavälillä toimenpidesarjan viimeiset uudistukset johtavat 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.

**Terveydenhuolto ja pitkäaikaishoito:** Hoidon saatavuus paranee ja hoidon tarjonnassa esiintyvät alueelliset erot tasoittuvat lisäresurssien (muun muassa henkilöstöresurssien) ansiosta. Kiireetöntä hoitoa koskevan hoitotakuun tarkoituksena on lyhentää odotusaikoja ja vähentää alueellisia eroja (puhelinyyhteys, ensimmäinen käynti yleislääkärillä, hoito, lähete sairaalaan). Laadukkaan pitkäaikaishoidon saatavuuteen kiinnitetään erityistä huomiota. Pitkäaikaishoitoa koskevan toimintalinjan tavoitteena on auttaa ihmisiä jatkamaan kotona asumista: hoidon tarpeessa oleville tarjotaan potilaskohtaisen hoitosuunnitelman mukaisesti (paikallisviranomaisten yhteistyön avulla) kotihoitopalveluja, monialaisia lähipalveluja, tukia ja hoitoseleitä, ja hoitajina toimiville suunnataan taloudellisia tukia ja helpotuksia.

Terveenä ikääntyminen on keskeinen näkökohta järjestelmän rahoituksen kestävyuden kannalta. Lähtökohtana on kokonaisvaltainen toimintamalli, johon kuuluu toimenpiteitä terveyden eri osa-alueilta ja jossa kansanterveyden neuvottelukunta huolehtii toimenpiteiden koordinoinnista. Esimerkiksi työterveyshuollon alalla työnantajien velvollisuutena on järjestää ennaltaehkäisevä terveydenhuolto työntekijöilleen (terveysvaarojen seuranta ja lääkärintarkastukset mukaan luettuina). Saatavuutta, laatua ja rahoituksen kestävyttä parannetaan myös käyttämällä indikaattoreita, keräämällä tietoja, suorittamalla teknologiaa koskevia arviointeja, tehostamalla hoitoon lähettämistä ja huolehtimalla perusterveydenhuollon ja sairaalahoidon tiiviistä integroinnista.

**Kansallinen uudistusohjelma:** Kansallinen uudistusohjelma perustuu sosiaalista osallisuutta käsittelevän kansallisen toimintasuunnitelman tavoin hallitusohjelmaan ja valtion talousarvioon. Uudistusohjelma laadittiin yhteistyössä kaikkien asianomaisten ministeriöiden, työmarkkinaosapuolten ja kansalaisyhteiskunnan edustajien kanssa. Kansallisessa uudistusohjelmassa viitataan sosiaalista osallisuutta koskevan kansallisen toimintasuunnitelman toteutusta käsittelevään raporttiin (2005), joka tuodaan esiin yhtenä osallisuutta edistävien työmarkkinoiden takaamiseen tähtäävänä toimenpiteenä. Sosiaaliset näkökohdat on otettu huomioon kaikilla kolmella loholla (makrotalous, mikrotalous ja työllisyys). Suomen kansallisessa uudistusohjelmassa varaudutaan väestön ikääntymiseen: ohjelmassa korostetaan, että jatkossakin hyvinvointipalvelujen turvaaminen edellyttää kestävästä finanssipolitiikkaa. Siihen liittyvänä keskeisenä ajankohtaisena toimenpiteenä tuodaan esiin eläkeuudistuksen asteittainen käyttöönotto, joka kuitenkin vaatii huolellista seuranta. Ohjelman

mukaan on tarpeen parantaa kilpailukykyä ja kohottaa tuottavuutta, lisätä työelämään osallistumista, toteuttaa kunta- ja palvelurakennemuutos sekä uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmä.

### **Tulevaisuuden haasteet:**

- nostaa työllisyysastetta ikähaarukan molemmissa päissä samoin kuin heikossa asemassa olevissa väestöryhmissä, jotta vältetään sosiaaliturvajärjestelmän rahoitusperustan heikentyminen väestön ikääntyessä
- vähentää työttömyyttä, joka on varsin korkea ja luonteeltaan pääasiassa rakenteellista
- varmistaa, että viimeaikaiset eläkeuudistukset todellakin nostavat ikääntyvien työntekijöiden työllisyysastetta ja että siten osaltaan taataan eläkejärjestelmän riittävyys ja kestävyys pitämällä julkinen talous ylijäämäisenä ja kartuttamalla eläkerahastoja
- taata laadukkaan pitkäaikaishoidon saatavuus, edistää hoidon koordinoitua ja kohentaa väestön terveyttä (toisin sanoen vähentää sairauksien aiheuttamaa taakkaa) toteuttamalla tehokkaita toimia terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi.

## **SVERIGE**

**Dagens situation och tendenser:** År 2004 var tillväxten i BNP 3,6 %. I förhållande till situationen inom EU är den totala sysselsättningen hög (72,1 %), liksom andelen sysselsatta kvinnor (70,5 %) och äldre arbetstagare (69,1 %). Trots en stark ekonomi är tillväxten i sysselsättningen fortfarande negativ och den totala sysselsättningen har visat en vikande tendens sedan 2001. På senare tid har det märkts en oroande tendens till stigande arbetslöshet och långtidsarbetslöshet, särskilt bland ungdomar. Sverige satsar fortfarande mest brutto på socialt skydd inom EU med 33,5 % av BNP år 2003 (Esspros data – men nettoutgifterna är betydligt lägre med ca 30 % år 2001 enligt OECD:s beräkningar). Av detta svarar pensionskostnaderna för 12,7 %. Tendensen till ökade utgifter för sjukvård, funktionshinder och administration tycks ha vänt förra året. Risken för fattigdom är bland de lägsta inom EU med 11 % (2003), även om invandrare, ungdomar, äldre människor och ensamstående föräldrar löper en större risk. Livslängden (77,9 år för män och 82,5 år för kvinnor) och åldern med god hälsa (62,5 för män och 62,2 för kvinnor) är båda höga och ligger över EU:s genomsnitt (2003). De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård som en andel av BNP (9,2 %) och per capita (2517 PPP\$) är också höga och ligger över EU:s genomsnitt<sup>5</sup>. Dessutom har utgifterna ökat snabbare under senare år.

**Social integrering:** Principen om arbetets företräde och ett allmänt socialt trygghetssystem är fortfarande hörnstenarna i regeringens strategi för att bekämpa fattigdom och social utslagning. De båda nationella målen för 2004 i fråga om sysselsättning (80 % för åldrarna 20-64 år) och bidragsberoendet (som ska halveras jämfört med 1999) har inte nåtts, även om framsteg har gjorts i det senare fallet. Målen har inte ändrats och bör nås så snart som möjligt. Regeringen anser att målet att

---

<sup>5</sup> 2002 års data, WHO-HFA databasen.

halvera antalet sjukskrivningsdagar mellan 2002 och 2008 kan nås. Politiken är starkt inriktad på att främja en arbetsmarknad för alla och ett effektivt system för socialt skydd, liksom man betonar vikten av utbildning för att förhindra fattigdom och social utslagning. De åtgärder som vidtas syftar framför allt till att angripa långtidsarbetslöshet bland ungdomar, integrera invandrare och bekämpa diskriminering, minska antalet sjukskrivningsdagar och förbättra situationen för de äldre.

Regeringen uppmuntrar också produktionen av nya hyresfastigheter och arbetar för att särskilt ungdomar ska ha lätt att få en bostad. Det har införts nationella handlingsplaner för att bekämpa bruket av alkohol och droger. Ökade resurser har anslagits för att hjälpa människor i besvärliga situationer, t.ex. drogmissbrukare, mentalt handikappade personer, hemlösa, personer som hotas av hedersrelaterat våld och nyligen frigivna fångar. Stor kraft ägnas fortfarande jämställdheten (kvinnor och män, invandrare, barn och ungdomar) och numera också funktionshindrade.

**Pensioner:** Sverige har lyckats skapa ett allmänt pensionssystem som både räcker till och är ekonomiskt stabilt, så länge man kompenserar den betydande planerade minskningen i ersättningsnivåer med att arbeta längre. Sverige garanterar också ekonomisk bärkraft i pensionssystemet genom att bygga ut en reservfond som tillkom i början på 1960-talet (och som uppgår till nästan 30 % av BNP 2005). Tjänstepensionerna ger också ett betydande bidrag, eftersom de omfattar ca 90 % av de anställda och vanligen ger en extrainkomst på ungefär 10-15 % av en persons slutlön.

Det svenska pensionssystemet lämnar omfattande information till medborgarna, bl.a. genom årsbeskeden som innehåller uppgifter om det hittills intjänade pensionsbeloppet och som ger en prognos om den framtida pensionen. Även om systemets försäkringstekniska neutralitet och möjligheter till rörlig pensionsålder gör att folk inte pensionerar sig tidigt, märks en tendens till att allt fler inom vissa grupper lämnar arbetsmarknaden i förtid, främst genom sjukersättning.

**Vård och omsorg:** Medborgarnas förtroende för den offentliga hälsovården ska stärkas genom förbättringar i nuvarande hälso- och åldringsvård och genom investeringar i ny teknik. Kontroll och utvärdering av hälso- och åldringsvård kommer att spela en viktig roll och man kommer att fortsätta att satsa på primärvården. Hälsovården måste också anpassas till en åldrande befolkning genom åtgärder som höjer vårdyrkenas status och kvalitet.

Arbetet är redan i gång men det måste fortsätta på bred front och i ett långsiktigt perspektiv. Det är möjligt att arbetet med att korta köerna och väntetiderna i hälsovården strategiskt sett är den viktigaste åtgärden för att kunna bevara förtroendet för den offentligt drivna och finansierade hälsovården. För att kunna uppnå detta krävs det inte bara internt arbete för att öka effektiviteten i sjukvårdens organisation utan också ett mycket mer omfattande samarbete mellan de politiskt och administrativt ansvariga på olika nivåer och mellan olika vårdgivare.

**Nationella reformprogrammet:** Många av åtgärderna i det nationella reformprogrammet har en stark social inriktning och är i linje med prioriteringarna för social integration och socialt skydd. Många initiativ kan hänföras till välfärds- och utbildningsområdet. Särskilt en starkt aktiv arbetsmarknadspolitik för att komma tillrätta med den ökande arbetslösheten och särskilda utmaningar då det gäller den

sociala integrationen (t.ex. en förbättrad situation för sådana grupper som riskerar utslagning, t.ex. invandrarna) och det sociala skyddet (t.ex. minska antalet sjukskrivna och sjukskrivningstidens längd) behandlas ingående i programmet. Det nationella reformprogrammet har utarbetats i samarbete med alla berörda departement. Arbetsmarknadens parter och det civila samhället har fått en möjlighet att lämna bidrag i ett inledande skede.

### **Framtida utmaningar:**

- Att bevara en hög välfärdsnivå genom ytterligare personella satsningar med tanke på den höga andelen äldre, samtidigt som balansen bevaras mellan incitamenten och solidariteten i välfärdssystemen.
- Att fortsätta att främja en arbetsmarknad för alla, främst för att säkerställa en bättre och snabbare integrering av invandrarna på arbetsmarknaden.
- Att fortsätta att motverka ett förtida utträde från arbetsmarknaden genom sjukersättning och att kontrollera resultatet av de nuvarande pensionsreformerna.
- Den demografiska utvecklingen kommer att kräva inte bara en mycket effektivare organisation av vårdtjänsterna och ett effektivare samarbete mellan olika vårdgivare utan också en omfattande omorganisation av de ansvariga politiska och administrativa nivåerna.

## **UNITED KINGDOM**

**Situation and key trends:** Recent UK GDP growth has been relatively strong and labour market outturns favourable. However, GDP growth has now slowed from 3.2% in 2004 to probably just around 1.6% in 2005. Strong economic performance over recent years has been combined with record levels of high employment (71.6% in 2004) and low unemployment (4.7% in 2004); the UK exceeds all quantitative Lisbon employment targets. Notwithstanding this positive overall climate, the proportion of the UK population at risk of poverty remains higher than the EU average (18% as against 15% in 2003). Relatively high inequalities persist such as those in income and wealth (Gini co-efficient of 34 in 2003), and in some cases such as health may be widening. Economic inactivity remains relatively high at 24.8% and concentrations of unemployment, inactivity and poverty persist among particular groups (lone parents, old people, those with few or no qualifications; ethnic minority groups; and residents of deprived neighbourhoods) but tailored measures have had some success in helping eg. lone parents and ethnic minorities. Life expectancy (76.2. and 80.7 years for males and females in 2003) is above the EU average with healthy life expectancy (61.5 and 60.9 for males and females in 2003) around average. There are significant variations between and within regions. Expenditure on social protection was 26.7% of GDP in 2003 (ESSPROS data), and whilst still below the EU average (28%), a trend of significant increased investment has continued in recent years. Total health expenditure as a percentage of GDP and as per capita PPP\$ (respectively 7.7% and 2160 in 2002, WHO-HFA database) was below EU average but growing as a share of GDP.

**Social inclusion:** 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 the primary route out of poverty and to strengthen social cohesion and many of the UK's initiatives find their foundation in activation measures, facilitating access to the labour market, and providing financial incentives to work. Substantial additional resources are being made available to key initiatives and to the reorientation of public services, particularly social protection, health and education. Progress is reported against a majority of the wide range of established targets, including the key aim of eradicating child poverty and an aspiration declared to raise the employment rate to 80%<sup>6</sup>. Nonetheless, some concerns remain regarding the quality and sustainability of work and the risk of in-work poverty, and personal debt is at record high levels. Recent years have seen the introduction of additional measures to 'make work pay', in order to guarantee a minimum income for working households and encourage people to move into work (eg. National Minimum Wage and Working Tax Credit). Unemployment is at record low levels; the focus for significant further increases in employment is now those without work but not registered unemployed, such as the high number of people out of work for reasons of ill-health. The pilot scheme 'Pathways to Work' is showing encouraging early results and will be rolled-out. The scheme combines employment advice, health support and financial incentives to take up work. A number of initiatives and benefits have been introduced to deliver the key commitment to eradicating child poverty. Progress has been made, but initial momentum seems to be slowing and more will need to be done by the UK to achieve its own ambitious target of eradicating child poverty by 2020. The European Social Fund in the UK contributes significantly to combating poverty and social exclusion; particularly via focused delivery models such as Global Grants.

**Pensions:** Through recent reforms of the State Second Pension and 'Pension Credit', the UK has made progress in addressing the adequacy of pensions. Pensioner poverty rates have been declining in recent years and are expected to decline further once the full effect of Pension Credit appears. The UK Pensions system is also characterised for many workers by significant contributions from occupational and personal pension schemes, and it is possible to contract out of the State Second Pension (but not the out of the Basic State Pension) into such schemes. Subsequently, the adequacy, as well as the sustainability of pensions depends to a larger extent than in other countries on the coverage and performance of private pensions.

In this respect, at least three issues arise concerning future adequacy. The first is the impact of the shift to DC pension plans on the level of contributions to occupational pension schemes, the second is how to ensure that people enhance the rate of the Basic State Pension through increases in other sources of retirement income, and thirdly, how to continue to improve incentives to work later and save adequately. The UK Government appointed a Pensions Commission in 2002 in order to keep under review the adequacy of private pension saving and in particular to assess whether there is a need to "move beyond a voluntary approach". In its recently published second report, the Pensions Commission made a number of proposals, such as an increase in the state pension age, a return to earnings indexation for the Basic State Pension, and the setting up of a low-cost and centrally-organised National Pension Savings Scheme into which workers would be auto-enrolled (with the right to

---

<sup>6</sup> This aspiration is based on the national measure, which is different from the one used by Eurostat

opt-out). The UK government has now opened a new stage in the national pensions debate with the intention of presenting a White Paper containing its proposals for pension reform in Spring 2006.

**Health and long term care:** Healthcare is delivered through the mainly tax-funded National Health Service (NHS), which provides care services free of charge at the point of delivery, with universal coverage based on residency in the UK. The responsibility for healthcare is devolved to England, Scotland, Northern Ireland and Wales, their health departments together agreeing with the UK Treasury the budget allocations to the NHS for three to four years. Funding and decision-making are increasingly devolved to the local community level.

Waiting times have for a long time been a major issue in UK health service provision, and there have been substantial increases in public healthcare investment and expenditure in recent years to enable the NHS to modernise and expand its care capacity. Waiting times continue to give cause for concern for some types of treatments and in some geographic areas, although in some key specialties, such as cardiovascular treatment, waiting times have reduced considerably. The UK government is committed to investing further. However, some other countries have achieved high-quality and efficient health care with sustainable (lower than) average total health expenditure as a share of GDP. It would seem important to look both at necessary investment and at continuous efficiency improving measures, including the incentives for various health care actors.

**National Reform Programme:** Whilst the UK NRP does not specifically refer to the OMC on Social Inclusion, Pensions and Health, it is clear that the strategic approach put forward by the UK in the NRP is consistent. The UK stresses the importance of extending the opportunity of work to all and of providing specific assistance to people facing particular disadvantage in the labour market. The recent Pensions Commission report is likely to set the scene for more integrated provision and necessary reforms.

#### **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 engaging those people traditionally hardest to reach via a holistic and tailored approach;
- To continue to address the pensions adequacy gap, in particular for those with more modest incomes;
- To continue improvements in health care service quality and capacity (addressing shortages of qualified medical staff and reducing waiting times) without increasing public health expenditure (investment) above the average as a share of GDP for EU/OECD countries.