

Dynamiczne zabezpieczenie społeczne dla Europy: Wybór i odpowiedzialność

ROZWÓJ SYTUACJI I TENDENCJE

**MIĘDZYNARODOWE STOWARZYSZENIE ZABEZPIECZENIA
SPOŁECZNEGO (INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION,
ISSA)**

Publikację można rozpowszechniać lub powoływać się na nią po dniu 2 marca 2010 roku.

Genewa, 2010

Spis treści

| PRZEDMOWA

| ROZDZIAŁ 1 Określenie kontekstu regionalnego

| ROZDZIAŁ 2 Zapewnienie odpowiedniego dochodu emerytalnego

| ROZDZIAŁ 3 Zmieniająca się rola świadczeń rodzinnych

| ROZDZIAŁ 4 Zwiększenie zakresu efektywnej opieki zdrowotnej i wzrost jej jakości

| ROZDZIAŁ 5 Wnioski: Wyzwania dla administracji

| BIBLIOGRAFIA

Przedmowa

Niniejszy raport, zatytułowany: "Dynamiczne zabezpieczenie społeczne dla Europy: Wybór i odpowiedzialność", przedstawia rozwój sytuacji i tendencje w omawianej dziedzinie. Został on przygotowany na Europejskie Forum Zabezpieczenia Społecznego, organizowane przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego (ISSA) w dniach 3-5 marca 2010 roku w Warszawie, Polska. Gospodarzem Forum będzie polski Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Jest to trzeci z czterotomowej serii raportów regionalnych na temat rozwoju sytuacji i tendencji, których celem jest służenie pomocą i informacją dla uczestników Forów Regionalnych Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego, organizowanych w okresie 2008–2010. Raporty i Fora Regionalne są wyrazem nowego podejścia dla lepszego zrozumienia i podjęcia głównych wyzwań stojących przed organizacjami członkowskimi Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego w różnych regionach świata.

Zabezpieczenie społeczne może być uważane za cechę charakteryzującą Europę, czego dowodzi fakt, że najstarszym na świecie przykładem ustawodawstwa w zakresie zabezpieczenia społecznego była niemiecka ustawa o ubezpieczeniu chorobowym z 1884 roku. Jednocześnie trudno jest opisywać ten region bez nawiązania do idei federacyjnych europejskiego modelu społecznego. Jednak na szczeblu krajowym istnieją ważne różnice instytucjonalne w zakresie zabezpieczenia społecznego. Różnice te pozostają, mimo ciągłej ekspansji gospodarczej i politycznej Wspólnot Europejskich / Unii Europejskiej od 1952 roku, która wiąże się z dążeniem do większej koordynacji polityki i wprowadzaniem od 1989 roku gospodarki rynkowej do krajów Europy Środkowej i Wschodniej i krajów byłego Związku Radzieckiego.

Pomimo różnic krajowych, przed europejskimi systemami zabezpieczenia społecznego stoi wiele wspólnych wyzwań. Należy do nich konieczność spełnienia żądań w zakresie dokonywania indywidualnego wyboru świadczeń i usług. Żądania te odzwierciedlają szersze oczekiwania dotyczące jakości i charakteru usług publicznych, ale również zmiany następujące na rynkach pracy, w strukturach rodzinnych i w normach społecznych. Innymi istotnymi czynnikami są: starzenie się ludności, a także wpływ globalizacji. Nie można też pominąć aktualnego kryzysu gospodarczego, z którym wiązały się żądania wzrostu roli zabezpieczenia społecznego, przy jednoczesnym zmniejszaniu się zasobów z powodu kryzysu. Wspólną troską po stronie podaży jest długofalowa zdolność do odpowiedniego finansowania programów zabezpieczenia społecznego. Jednak pomimo tendencji niżkowych w gospodarce, takie obawy wynikają z przewidywanego starzenia się ludności i malejącej - choć w różnym stopniu - siły roboczej.

Głównym spostrzeżeniem tego raportu jest odpowiedzialność wszystkich zainteresowanych podmiotów za zapewnienie zdrowej przyszłości finansowej systemów zabezpieczenia społecznego. Żądania zapewnienia możliwości wyboru świadczeń i usług wymagają zwiększenia wydajności organów administracji w dziedzinie zabezpieczenia społecznego. Jednak podobnie jak organy administracji są zobowiązane zapewnić efektywność i wysoką wydajność swoich działań, "klienci" systemów zabezpieczenia społecznego muszą również postępować odpowiedzialnie. W tym wszystkim największe znaczenie ma konieczność zapewnienia właściwego zarządzania. W końcu, aby

zmianie uległy zachowania, organy administracji w zakresie zabezpieczenia społecznego, będące członkami Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego, powinny służyć dobrym przykładem. Ten wymóg innowacji prowadzącej do lepszej wydajności jest jednym aspektem tego, co ISSA nazywa Dynamicznym Zabezpieczeniem Społecznym - Dynamic Social Security.

Niniejszy raport ma trzy cele: po pierwsze, synteza i interpretacja najważniejszych zmian i tendencji w Europie; po drugie, dostarczenie głównych materiałów źródłowych dla sesji Europejskiego Forum Zabezpieczenia Społecznego poświęconej rozwojowi sytuacji i tendencjom; i po trzecie, stworzenie kontekstu dla Regionalnego Europejskiego Szczytu w zakresie Zabezpieczenia Społecznego. Dyskusje prowadzone podczas Regionalnego Forum będą dla nas wszystkich okazją do uzupełnienia raportu i przeprowadzenia debaty na temat jego przesłania. Mam nadzieję, że raport ten będzie inspirującym bodźcem dla naszych dyskusji i zapraszam wszystkich do aktywnego udziału w dyskusjach prowadzonych przed Europejskim Forum Zabezpieczenia Społecznego w Warszawie, w czasie jego trwania i po jego zakończeniu. Wyniki tych dyskusji zostaną przekazane uczestnikom Światowego Forum Zabezpieczenia Społecznego, które odbędzie się w Kapsztadzie w dniach 29.11-4.12.2010.

Hans-Horst Konkolewsky

Sekretarz Generalny

ROZDZIAŁ 1

Określenie kontekstu regionalnego

Dla Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego (ISSA), region europejski jest rozległą całością.¹ Jest on domem dla prawie miliarda osób, z czego 500 mln mieszka w 27 państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE).² Kilka organizacji członkowskich ISSA reprezentuje kraje lub brytyjskie terytoria zależne z ludnością poniżej miliona (Andora, Cypr, Guernsey, Jersey, Isle of Man, Malta, Luksemburg i San Marino). Patrząc dalej na wschód, Federację Rosyjską (dalej zwaną Rosją) zamieszkuje 142 mln osób.

Gospodarki państw europejskich są zróżnicowane. Niektóre z nich torują nowe drogi w technologii w takich sektorach, jak: lotnictwo, przemysł farmaceutyczny, alternatywne źródła energii i komunikacja. Inne kraje mają charakter głównie rolniczy. A jeszcze inne czerpią większość swoich dochodów ze sprzedaży bogactw naturalnych. Różnice te znajdują swoje odzwierciedlenie w wysoce zróżnicowanych wskaźnikach zatrudnienia. W krajach skandynawskich ok. 3/4 ludności w wieku produkcyjnym pozostaje w zatrudnieniu. Proporcja ta jest znacznie niższa we Włoszech (59%) i w kilku krajach, które niedawno przystąpiły do Unii Europejskiej, takich jak Węgry i Polska (55%). W Republice Macedonii pracę ma zaledwie 34% ludności w wieku produkcyjnym.

W regionie zróżnicowane też są poziomy płac. Średnia płaca w państwach członkowskich UE wynosi od 47 000 EURO rocznie w Luksemburgu do 2 000 EURO w Bułgarii. Zarobki kobiet w UE stanowią przeciętnie mniej niż 85% zarobków mężczyzn, jednak i tu sytuacja jest zróżnicowana w zależności od kraju. W Belgii, Irlandii, Włoszech, Portugalii, Słowenii i na Malcie średnie zarobki kobiet są niższe od średnich zarobków mężczyzn najwyżej o 10%, natomiast w Wielkiej Brytanii różnica wynosi 21%, a w Estonii - 30%. W Kirgistanie kobiety zarabiają o jedną trzecią mniej niż mężczyźni, a w Gruzji o dwie trzecie mniej.

Jako światowa kolebka ubezpieczeń społecznych, Europa jest ojczyzną najstarszych i najlepiej rozwiniętych systemów ubezpieczeń społecznych. Ma również najdłuższe doświadczenie instytucjonalne w zarządzaniu tymi systemami (SSA and ISSA, 2008). Jednak pomimo powszechnej opinii o istnieniu europejskiego modelu społecznego, zarówno charakter instytucjonalny, jak i praktyka w zakresie ubezpieczeń społecznych, systemów opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i samopomocy są w regionie bardzo zróżnicowane.

¹ Europejski region Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego jest identyczny z regionem Europy i Azji Środkowej w rozumieniu Międzynarodowej Organizacji Pracy.

² 27 państw członkowskich Unii Europejskiej to: Belgia, Francja, Niemcy, Włochy, Luksemburg, Holandia (od 1952r.), Dania, Irlandia, Wielka Brytania (przystąpiły w 1973r.), Grecja (przystąpiła w 1981r) [UE-10], Portugalia, Hiszpania (przystąpiły w 1986r.), Austria, Finlandia, Szwecja (przystąpiły w 1995r.) [UE-15], Cypr, Republika Czech, Estonia, Węgry, Łotwa, Litwa, Malta, Polska, Słowacja, Słowenia (przystąpiły w 2004r.) [UE-25], Bułgaria i Rumunia (przystąpiły w 2007r.) [UE-27].

Tym niemniej, istnieje duże podobieństwo jeśli chodzi o rodzaje ryzyk objętych programami zabezpieczenia społecznego w krajach szerszego regionu europejskiego. Programy obowiązkowe obejmują następujące ryzyka: starość, inwalidztwo (niepełnosprawność), śmierć żywiciela, choroba, macierzyństwo, choroby zawodowe i wypadki przy pracy, bezrobocie. Zapewniają też pomoc rodzinom. Coraz większa liczba krajów buduje mechanizmy dla zapewnienia długoterminowych świadczeń opiekuńczych - rzeczowych lub pieniężnych.

W regionie europejskim obserwuje się znaczne różnice w poziomie wydatków socjalnych i w zakresie świadczeń. Wśród krajów UE wydatki socjalne przekraczają 30% PKB we Francji, Szwecji i Belgii, ale są niższe niż 15% na Łotwie, w Estonii, na Litwie i w Rumunii. W krajach niebędących członkami UE wydatki socjalne wynoszą przeciętnie 13% PKB. Jednak w krajach tych też się obserwuje duże różnice: w Chorwacji i Republice Macedonii wydatki socjalne przekraczają 20% PKB, podczas gdy w Armenii i Azerbejdżanie spadają poniżej 10% (ILO, 2009). Podczas gdy w większości państw Europy Zachodniej osiągnięto szeroki zakres personalny świadczeń z zabezpieczenia społecznego, gorzej wygląda sytuacja w innych częściach regionu, z powodu dużych obszarów pracy nieformalnej i chronicznego zaniżania zarobków w gospodarce formalnej.

Większość krajów regionu powierza administrowanie systemem zabezpieczenia społecznego instytucjom publicznym, w których funkcje doradcze, często jako członkowie rad nadzorczych, pełnią przedstawiciele głównych uczestników systemu: pracowników, pracodawców, a w niektórych przypadkach też emerytów / rencistów. Jednak w niektórych krajach administrowanie systemem jest domeną wyłącznie instytucji rządowych (np. w zakresie emerytur i rent na Węgrzech i w Bośni i Hercegowinie). W kilku przypadkach administrowaniem systemem krajowym zajmują się pracownicy i pracodawcy bez udziału rządu (np. jeśli chodzi o renty uzupełniające we Francji). W coraz większej liczbie państw dużą rolę w administracji pełnią firmy prywatne. Jest to szczególnie charakterystyczne dla administracji emerytalno-rentowej w Rosji i w większości państw, które przystąpiły do UE w 2004r. i 2007r., a w których część dochodów ze składek przekazuje się na prywatnie zarządzane indywidualne konta oszczędnościowe.

Pomimo dużego zróżnicowania systemów zabezpieczenia społecznego w regionie, można wyróżnić cztery szerokie tendencje, które w mniejszym lub większym stopniu kształtują i ograniczają środowisko, w którym funkcjonuje większość z tych systemów.

W wielu częściach Europy system indywidualnego wyboru jest bardziej realny dzięki postępom technologicznym. Dzięki temu jest większe zapotrzebowanie, zaspokajane przez gospodarkę, na bardziej zindywidualizowane produkty i usługi. Tendencję tę można zauważyć w strategiach inwestycyjnych, a także w projektowaniu pomieszczeń mieszkalnych oraz miejsc pracy i wyposażenia środków transportu, biur i domów. Przy świadczeniu usług i udzielaniu świadczeń z zabezpieczenia społecznego, szeroko popularyzowano i wprowadzono, szczególnie w Europie Środkowej, indywidualne konta oszczędnościowe, jako metodę stworzenia osobom ubezpieczonym większych możliwości wyboru.

Jednak zdobyte do tej pory doświadczenia w tym zakresie wskazują, że przyznanie większych możliwości wyboru w zakresie świadczeń z zabezpieczenia społecznego stwarza szereg problemów dla organów decyzyjnych i administracyjnych w dziedzinie zabezpieczenia społecznego. Jak można zapewnić osobom ubezpieczonym możliwość istotnego i odpowiednio uregulowanego wyboru z

jednoczesnym zachowaniem niezbędnej ochrony przed ryzykami objętymi systemami zabezpieczenia społecznego? Jak ochronić ekonomię skali należącą do istoty jednolitego systemu krajowego? Jak można uniknąć obniżenia zadowalającej wysokości świadczeń z powodu wyższych kosztów administracyjnych związanych z działaniami na rzecz fragmentaryzacji instytucjonalnej udzielania świadczeń z zabezpieczenia społecznego? Jak zapewnić, by ludzie posiadali niezbędne umiejętności i informacje, aby móc dokonywać wyborów, które zwiększą ich dochody ze świadczeń?

Globalizacja naraziła wiele krajów na wielki stres konkurencyjny. W sytuacji, gdy kapitał płynął strumieniami tam, gdzie były najniższe koszty produkcji, wiele rządów było zmuszonych rozluźnić prawo pracy, aby przedsiębiorstwa mogły łatwiej zatrudniać i zwalniać pracowników, obniżyć koszty pracy i bardziej elastycznie rozmieszczać siłę roboczą. W wyniku tego nastąpił rozwój pracy tymczasowej i zatrudnienia w niepełnym wymiarze godzin. Tylko w krajach UE-15, w okresie od 1995r. do 2006r. stosowanie pracy tymczasowej wzrosło o 25%, a miejsca pracy w niepełnym wymiarze godzin stanowią ponad jedną piątą wszystkich miejsc pracy (ILO, 2009). Podobne zmiany nastąpiły w Europie Środkowej i Wschodniej.

Dla systemów zabezpieczenia społecznego globalizacja stwarza ryzyko ograniczenia zakresu personalnego i zmniejszenia wysokości świadczeń, gdyż rządy starają się stworzyć przyjazne dla przedsiębiorców środowisko, poprzez ograniczenie lub obniżenie stawek składek z zabezpieczenia społecznego. Jednocześnie globalizacja stwarza pilną potrzebę objęcia zabezpieczeniem społecznym pracowników zatrudnionych na mniej pewnych stanowiskach pracy. Dla krajów UE-27, to złożone wyzwanie wpisuje się w zmiany zdefiniowane jako "flexicurity"³ oraz, co jest równie ważne, w wysiłki na rzecz wykorzystania polityki zatrudnienia i polityki społecznej dla aktywniejszej ingerencji na rynku pracy, aby stworzyć więcej lepszych miejsc pracy.

We wszystkich krajach, stworzenie lepszych miejsc pracy powinno się również wiązać z tworzeniem jakościowo lepszych warunków pracy. Zwracanie większej uwagi na bezpieczeństwo i higienę pracy w UE doprowadziło do zmniejszenia od 2000 roku liczby wypadków przy pracy i ofiar śmiertelnych o ok. 20%. Poprawa wskaźników bhp ma również pozytywny wpływ na środki w zakresie ogólnego zdrowia i dobrobytu i jest istotna dla realizacji europejskiego celu wzrostu konkurencyjności gospodarczej i wydajności.

Trzecią szeroką i istotną tendencją jest starzenie się ludności. W okresie od 1960 do 2000 roku średnia oczekiwana długość życia w UE wzrosła o 4 lata.⁴ Przewiduje się, że w okresie od 2000 do 2060 roku średnia oczekiwana długość życia wzrośnie o 8.5 lat dla mężczyzn i 6.9 lat dla kobiet. Jednocześnie współczynnik reprodukcji ludności spadł dużo poniżej wskaźnika zastępowalności

³ Polityka "flexicurity" jest nastawiona na popieranie łączenia elastycznych rynków pracy z zabezpieczeniem społecznym na wysokim poziomie. Dotychczas zdobyte dowody sugerują, że pomimo negatywnego wpływu kryzysu na zatrudnienie, "flexicurity" pozostaje trzonem polityki społecznej i gospodarczej UE.

⁴ W krajach Europy Środkowo-Wschodniej i w krajach byłego Związku Radzieckiego w latach 1990. zaobserwowano przeciwną tendencję, a mianowicie obniżenie się oczekiwanej długości życia, szczególnie wśród mężczyzn. W większości tych krajów te negatywne trendy zostały już przerwane i zaczęły się odwracać.

pokoleń, który wynosi 2.1 urodzeń na 1 kobietę. W państwach UE, które mają najwyższy współczynnik reprodukcji ludności, tzn. we Francji i Irlandii, wskaźnik zastępowalności pokoleń wynosi 2.0 urodzeń na 1 kobietę, lub trochę poniżej 2.0. Holandia, Wielka Brytania i kraje skandynawskie nie pozostają daleko w tyle. Jednak w większości państw europejskich wskaźnik ten wynosi 1.4, a nawet mniej. Natomiast w Tadżykistanie wskaźnik urodzeń wynosi 3.3, a w Kazachstanie, Kirgistanie, Turkmenistanie i Uzbekistanie ok. 2.5 (EC, 2009a).

Komisja Europejska (KE) przewiduje, że połączony efekt większej oczekiwanej długości życia i niższego wskaźnika urodzeń zmniejszy stosunek osób czynnych zawodowo do biernych zawodowo w UE z 2.7 do 1 w 2009, do ok. 1.4 do 1 do roku 2060. Oznacza to, że w przyszłości mniejsza liczba ludności czynnej zawodowo będzie musiała utrzymywać nadmiernie dużą liczbę ludności biernej zawodowo. W obliczu tych zmian i mając na uwadze dzisiejsze wskaźniki wydajności pracy, - nie jest możliwe utrzymanie obecnego wieku emerytalnego, stawek składek i jednocześnie aktualnego poziomu świadczeń. Niezbędne będą znaczne zmiany wydatków socjalnych i w wielu krajach takie zmiany już się wprowadza. Komisja Europejska szacuje, że wydatki socjalne UE będą musiały wzrosnąć do 2060 roku o 4.7 punktów procentowych PKB (patrz ramka 1.1.). Strategia Lizbońska UE⁵ stara się zaradzić wyższym fiskalnym kosztom starzenia się ludności poprzez podwyższenie wskaźnika zatrudnienia i wzrost wydajności. Podobnie, pewnego wzrostu wydajności i zdrowszych przychodów podatkowych można oczekiwać dzięki pozytywnemu wskaźnikowi migracji w wielu krajach regionu europejskiego.

Ostatnim zdarzeniem istotnym dla zabezpieczenia społecznego był globalny kryzys finansowy i gospodarczy, który znacznie osłabił gospodarkę regionu. Oszacowano, że gospodarka w strefie Euro skurczyła się w 2009 roku o 4.2%; w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (EŚW) o 3.7%; a w krajach Wspólnoty Niepodległych Państw (WNP) o 5.1% (IMF, 2009a). Wprawdzie niektóre wskaźniki sugerują obecnie, że najgorsze już minęło, bezrobocie wciąż rośnie i stanowi poważne zagrożenie dla siły roboczej regionu.⁶

W tym kontekście, to właśnie wszechstronne europejskie systemy zabezpieczenia społecznego, a nie programy świadczeń dla bezrobotnych, służą jako automatyczne stabilizatory gospodarcze, dostarczając środki finansowe osobom, które straciły pracę lub których zarobki spadły. W systemach tych obserwuje się również poważny deficyt, co wymaga wzrostu dotacji z budżetu państwa, którego dług również gwałtownie rośnie.

⁵ Poczynając od 2000 roku, Strategia Lizbońska opiera się na trzech filarach: filarze gospodarczym, związanym z rozwojem UE jako konkurencyjnej, dynamicznej gospodarki, opartej na wiedzy; filarze społecznym, przewidującym modernizację europejskiego modelu społecznego, w tym popieranie aktywnej polityki zatrudnienia; oraz filarze środowiskowym, który podkreśla, że wzrost gospodarczy nie powinien być sprzężony z wykorzystaniem zasobów naturalnych.

⁶ Bezrobocie w UE wzrosło z poziomu 6.9% w grudniu 2007 roku do 8.9% w czerwcu 2009 roku i, jak się oczekuje, osiągnie 10% w 2010 roku (IMF, 2009b).

1.1. Koszty starzenia się ludności w UE-27 do 2060r., zmiana w wydatkach socjalnych/PKB w punktach procentowych

| Emerytury/renty | Ochrona zdrowia | Opieka | Zasiłki dla bezrobotnych | Edukacja | Ogółem |
|-----------------|-----------------|--------|--------------------------|----------|--------|
| +2.4 | +1.5 | +1.1 | -0.2 | -0.2 | +4.7 |

Źródło: EC, 2009a. Rys. 1

Uwaga: Cyfry zaokrąglone.

1.2. Procent osób bezrobotnych otrzymujących zasiłki dla bezrobotnych (ważony w stosunku do siły roboczej)

| Region | Osoby otrzymujące zasiłki dla bezrobotnych (%) |
|--------------------------------|--|
| Europa Zachodnia | 77* |
| Europa Środkowa i Wschodnia | 23 |
| Wspólnota Niepodległych Państw | 28 |

Źródło: ILO, 2009a. Rys. 1

Uwaga: Cyfry zaokrąglone.

* W skład liczby ogółem wchodzi świadczenia składkowe (49%) i świadczenia finansowane z podatków (28%).

W biedniejszych krajach Europy Południowo-Wschodniej (EPW) i Wspólnoty Niepodległych Państw, w latach 1990. znacznie obniżono wysokość zasiłków dla bezrobotnych i ich zakres personalny (patrz ramka 1.2.). Pozostawia to pracowników ze Wspólnoty Niepodległych Państw i Europy Południowo-Wschodniej bez tej krytycznej pierwszej linii obrony przed trudnościami gospodarczymi.

Z tego punktu widzenia bardzo istotny jest czas trwania globalnej recesji. W krajach UE-15, będzie od niego zależeć to, czy obecny przepływ zasiłków dla bezrobotnych będzie trwały oraz w jakim stopniu długotrwały deficyt systemów emerytalno-rentowych będzie podlegał inflacji z powodu tendencji zniżkowych w gospodarce. Komisja Europejska przewiduje trzy scenariusze uzdrowienia sytuacji: szybkie gospodarcze odbicie, utrata dekady lub trwały szok (EC, 2009a). Szybkie odbicie powinno pozostawić przewidywany długofalowy deficyt spowodowany starzeniem się ludności właściwie bez zmian w stosunku do prognoz do roku 2060, przedstawionych w ramce 1.1. Jednak w scenariuszu drugim i trzecim, długofalowe koszty emerytur wzrosną o 20-30%, bardziej obciążając słabsze gospodarki. Poza UE, przedłużająca się recesja będzie miała znacznie gorsze skutki, grożąc spiralą ubóstwa, obniżając spójność społeczną i powodując brak stabilności politycznej.

Przedmiot zainteresowania niniejszego raportu jest z konieczności wybiórczy. Raport nie zajmuje się w pełni wszystkimi dziedzinami zabezpieczenia społecznego i wyklucza szerszą dyskusję na temat wszystkich aktualnych problemów i wyzwań dla administracji systemami zabezpieczenia społecznego. Tym niemniej, raport stara się pokazać jak reagują na aktualne wyzwania decydenci w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, poprzez dostosowywanie programów do nowych ograniczeń

środowiskowych, z jednoczesnym przekształcaniem modeli systemów, tak aby mogły one zaspokajać zarówno obecne jak i nowe potrzeby.

I właśnie w odpowiedzi na te ograniczenia i potrzeby, aby pomóc swoim organizacjom członkowskim w dokonaniu zmian modeli programów i zapewnieniu sprawnej działalności, Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego opracowało i udokumentowało ramowe założenia Dynamicznego Zabezpieczenia Społecznego.⁷ Ważnym celem ramowych założeń Dynamicznego Zabezpieczenia Społecznego jest wspieranie rozwoju wysoce sprawnych, zrównoważonych i dostępnych organów administracji w zakresie zabezpieczenia społecznego i programów zabezpieczenia społecznego. Kluczowe zmiany przedstawione w tym raporcie zostały rozpoznane i zinterpretowane zgodnie z tymi założeniami (patrz ramka 1.3.).

1.3. Dynamiczne Zabezpieczenie Społeczne

Jako analityczne narzędzie do obserwowania zmian i nakreślenia potencjalnej drogi rozwoju zabezpieczenia społecznego, w tym tak heterogenicznym regionie jak Europa, Dynamiczne Zabezpieczenie Społeczne można zdefiniować w następujący sposób:

Polityka i procesy mające na celu zapewnienie dostępnych i zrównoważonych systemów opieki społecznej, które nie tylko zapewniałyby ochronę, zachęcały do prewencji i wspierały rehabilitację i (re)integrację, ale również przyczyniały się do rozwoju społecznie zintegrowanych i wydajnych ekonomicznie społeczeństw.

Analiza rozwoju wydarzeń oraz ostatnich tendencji w Europie podkreśla, że liczne i zróżnicowane organizacje członkowskie Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego stoją przed czterema wspólnymi wyzwaniami kontekstowymi (patrz ramka 1.4.). W swojej głównej części raport ten przedstawi jaki wpływ na zabezpieczenie społeczne mają te cztery wyzwania.

1.4. Wspólne wyzwania stojące przed europejskimi systemami zabezpieczenia społecznego

- Żądania zapewnienia możliwości wyboru usług i świadczeń i poprawy ich jakości.
- Wpływ globalizacji: większy międzynarodowy przepływ ludzi, towarów, usług i kapitału.
- Starzenie się ludności.
- Ekonomiczne, fiskalne i społeczne skutki obecnego kryzysu gospodarczego.

⁷ Patrz McKinnon (2007) - jeśli chodzi o nowatorskie prace nad założeniami koncepcyjnymi oraz Sigg (2007) i McKinnon (2009) jeśli chodzi o głębsze analizy Dynamicznego Zabezpieczenia Społecznego.

ROZDZIAŁ 2

Zapewnienie odpowiedniego dochodu emerytalnego

W całej Europie emerytury i renty pochłaniają największą część środków zabezpieczenia społecznego i zapewniają najdłuższe wsparcie dla większości obywateli. Jako takie są one najważniejszą częścią systemów zabezpieczenia społecznego. Ostatnie reformy emerytalno-rentowe można zaklasyfikować do trzech obszernych grup w zależności od ich celu: wzmocnienie sytuacji finansowej systemów emerytalno-rentowych, minimalizowanie ryzyka związanego z prywatnymi emeryturami oraz podwyższenie wysokości minimalnych emerytur.

Wzmocnienie sytuacji finansowej systemów emerytalno-rentowych

Starzenie się ludności spowoduje zmniejszenie stosunku osób czynnych zawodowo do biernych zawodowo w UE, nadwyrężając fundusze emerytalno-rentowe. Zgodnie z szacunkami starzenie się społeczeństw spowoduje wzrost wydatków emerytalno-rentowych średnio o 2.4 punktów procentowych PKB do 2060 roku, z 10.2% do 12.6% (EC, 2009a).

W większości krajów presję na fundusze emerytalno-rentowe wywiera również nieformalna, nierejestrowana praca. Jednak problem ten nie jest przedmiotem tylu dyskusji. Trudno znaleźć tutaj precyzyjne dane statystyczne, jednak zgodnie z najlepszymi szacunkami praca taka odpowiada 15 do 20% PKB w gospodarkach krajów UE-15. W wielu z państw członkowskich UE, które przystąpiły do Unii od 2004 roku cyfra ta jest w przybliżeniu dwa razy wyższa (Schneider and Klinglmair, 2004). W ramach UE-15, Grecja i Włochy zgłaszały ostatnio poważne problemy z wynagrodzeniami wypłacanymi bez potrącania podatków i składek społecznych (EC, 2006a).

Te brakujące składki pozbawiają systemy repartycyjne (pay-as-you-go schemes) zasobów potrzebnych do wypłaty świadczeń obecnym emerytom, powodując naciski finansowe na pilne podwyższenie wieku emerytalnego. Brak równowagi widać szczególnie w Serbii oraz w Bośni i Hercegowinie, gdzie z powodu dużych obszarów nieformalnego zatrudnienia stosunek liczby osób płacących składki do liczby emerytów/rencistów wynosi obecnie 1.25 do 1. Jest to mniej, niż przewidywano dla całej UE na 2060 rok (1.4 do 1), po przejściu na emeryturę generacji wyżu demograficznego.

Wysiłki na rzecz wzmocnienia funduszy emerytalno-rentowych można podzielić na trzy główne kategorie. Po pierwsze, w zasadzie wszystkie kraje podwyższają wiek emerytalny.⁸ Pod tym względem Niemcy i Wielka Brytania przodują, z ustawowym wiekiem emerytalnym 67 lat, który ma być stopniowo wprowadzany przez następne 25 do 35 lat. Od początku globalnej recesji w kilku krajach prowadzono dyskusje na temat dalszego podwyższenia wieku emerytalnego (w Wielkiej Brytanii, w Republice Czech, w Finlandii, Grecji, na Węgrzech, na Łotwie, w Holandii, Słowenii i Turcji). Podwyższa się również stopniowo czas pracy niezbędny do uzyskania prawa do pełnej emerytury i

⁸ Rosja i Ukraina są tutaj wyjątkami, z wiekiem emerytalnym wprowadzonym w 1928r. (60 lat dla mężczyzn i 55 lat dla kobiet).

ogranicza się "drogi ucieczki", którymi zatrudnieni mogą opuścić wcześniej rynek pracy (wcześniejsze emerytury, renty inwalidzkie i przedłużone zwolnienia lekarskie). W niektórych krajach działania te spotkały się ze zdecydowanym oporem. Bośnia i Hercegowina, Chorwacja, Kirgistan i Mołdowa przesunęły w czasie wprowadzenie wcześniej uchwalonego podwyższenia wieku emerytalnego, lub z niego w ogóle zrezygnowały. Jednak w okresie od 2001 do 2007 roku, średni wiek odejścia z rynku pracy w UE-25 wzrósł o 1.3 lat.

2.1. Średni wiek zakończenia zatrudnienia, w 2001 roku i 2007 roku

| | 2001 | 2007 | Zmiana |
|-------|------|------|--------|
| UE-25 | 59.9 | 61.2 | +1.3 |
| UE-15 | 60.3 | 61.5 | +1.2 |
| UE-10 | 57.6 | 59.6 | +2.0 |

Źródło: EC, 2009a, tabela 9.

W UE-15, wiek ten wzrósł o 1.2 lat; natomiast w UE-10 o pełne 2 lata (patrz ramka 2.1.). Należy podkreślić, że znaczne różnice w oczekiwanej długości życia między społeczeństwami Europy, a także między grupami zawodowymi w ramach krajów powodują, że wzrost ten ma różny wpływ zarówno na ubezpieczonych, jak i na finanse systemów emerytalnych.

Po drugie, w wielu krajach podejmuje się reformy w celu ściślejszego powiązania świadczeń ze składkami płaconymi przez pracownika przez całe życie zawodowe. Zwolennicy tego typu reformy utrzymują, że zwiększa ona sprawiedliwość aktuarialną. Z punktu widzenia zadowalającej wysokości świadczeń, reforma ta jest generalnie mniej korzystna niż system polegający na uwzględnianiu tylko końcowych lat i dlatego tworzy zachęty finansowe do opóźnienia momentu przechodzenia na emeryturę. Przekształcenie systemów w system nominalnej zdefiniowanej składki (Notional Defined Contribution, NDC) wyraźnie zapewnia taki związek, gdyż systemy te opierają wysokość świadczeń całkowicie na składkach płaconych przez pracownika przez całe życie zawodowe.. Szwecja, Włochy, Polska, Łotwa, Rosja i Kirgistan stopniowo wprowadzają taki system. Podobne powiązanie zapewniają nowe systemy punktowe (pension point systems) wprowadzane w Bułgarii, Chorwacji, Rumunii i na Słowacji, na podobieństwo modelu niemieckiego. Wykorzystanie prywatnych oszczędności na cele ubezpieczenia społecznego również wzmacnia powiązanie składek ze świadczeniami. Jednak wysoka nieprzewidywalność rynków papierów wartościowych może pozostawić podobnie sytuowanych członków takiego planu z zupełnie odmiennymi świadczeniami prywatnymi. Wykorzystanie prywatnych oszczędności na cele ubezpieczenia społecznego jest obecnie daleko zaawansowane w wielu krajach regionu (Chorwacja, Macedonia, Szwecja oraz większość nowych państw członkowskich UE i Kazachstan).

Po trzecie, kilka państw (Szwecja, Finlandia, Polska, Łotwa i Niemcy) wprowadziło mechanizmy stabilizacji finansów systemów emerytalnych poprzez automatyczne zmniejszenie świadczeń, wraz z

malejącym stosunkiem liczby pracowników do liczby emerytów z powodu starzenia się społeczeństw (patrz ramka 2.2.). Inne państwa przeszły od waloryzacji płacowej do waloryzacji cenowej (Grecja, Francja i Austria), lub zastosowały wskaźniki wykorzystujące oba te środki (Bułgaria, Estonia, Węgry i Polska) (EC, 2009a). Zakładając, że podobnie jak w przeszłości płace rosną szybciej niż ceny, zastosowanie tych wskaźników spowoduje stopniowe obniżanie poziomu emerytur w porównaniu z poziomem płac.

Łączny skutek tych reform jest w wielu krajach dość duży, dzięki czemu niektóre z nich są bliskie zapewnieniu długofalowej wypłacalności systemów emerytalno-rentowych. Jednak należy tu poczynić dwa zastrzeżenia.

Po pierwsze, wartości przeciętne maskują duże zróżnicowanie. Można to zaobserwować w ramce 2.3., gdzie przedstawiono stosunek publicznych świadczeń emerytalnych do płac w 2007 roku w porównaniu z prognozami KE na 2060 rok dla krajów, w których oczekuje się największych i najmniejszych zmian. Przewiduje się, że w Estonii, na Łotwie, w Polsce i Szwecji nastąpi największe obniżenie wysokości emerytur publicznych.

2.2. Stabilizacja finansów systemów emerytalno-rentowych

Różne możliwości ściślejszego powiązania poziomu świadczeń emerytalnych z oczekiwaną długością życia:

- Wprowadzenie planów zdefiniowanej składki (Defined Contribution Plans), jak np. na Węgrzech i w Danii.
- Wprowadzenie systemu nominalnej zdefiniowanej składki (Notional Defined Contribution, NDC), jak np. we Włoszech i w Szwecji.
- Dostosowanie poziomu świadczeń w systemach zdefiniowanych świadczeń, jak np. w Finlandii i w Niemczech.
- Zmiana warunków kwalifikowania, jak np. we Francji i Danii.

Źródło: IPE, 2009.

| 2.3. Stosunek publicznych świadczeń emerytalnych do płac* | | | |
|--|-------------|-------------|--------------------------|
| | 2007 | 2060 | Zmiana procentowa |
| Rumunia | 29 | 37 | +26 |
| Irlandia | 27 | 32 | +16 |
| Grecja | 73 | 80 | +10 |
| Wielka Brytania | 35 | 37 | +7 |
| Cypr | 54 | 57 | +5 |
| Belgia | 45 | 43 | -4 |
| Dania | 39 | 38 | -4 |

| | | | |
|------------|----|----|-----|
| Luksemburg | 46 | 44 | -4 |
| Finlandia | 49 | 47 | -5 |
| Malta | 42 | 40 | -6 |
| Norwegia | 51 | 47 | -8 |
| Bułgaria | 44 | 36 | -20 |
| Francja | 63 | 48 | -25 |
| Słowacja | 45 | 33 | -27 |
| Portugalia | 46 | 33 | -29 |
| Austria | 55 | 39 | -30 |
| Szwecja | 49 | 30 | -39 |
| Estonia | 26 | 16 | -40 |
| Łotwa | 24 | 13 | -47 |
| Polska | 56 | 26 | -54 |

Źródło: EC, 2009a, tabela 9.

* Przeciętne świadczenie w stosunku do średniej płacy w gospodarce.

Wprawdzie to obniżenie poziomu emerytur zostanie częściowo skompensowane wprowadzeniem obowiązkowych systemów emerytur prywatnych, jednak w żadnym wypadku prywatne emerytury w pełni nie skompensują różnicy. W niektórych innych krajach stosunek emerytur publicznych do płac znacznie wzrośnie w przyszłości. Grecja i Cypr już obecnie mają wysoki stosunek świadczeń do płac i przewiduje się jego dalszy wzrost w przyszłości. W Rumunii i Irlandii również przewiduje się wzrost poziomu emerytur publicznych, ale ze znacznie niższego poziomu początkowego.

Należy zauważyć, że te przewidywania pokazują jaki wpływ będą mieć obecnie obowiązujące przepisy, które jednak mogą ulec zmianie. Faktycznie, jednym z celów prognoz KE jest służyć rządowi pomocą w dyskusjach nad takimi reformami. Ostatni raport sklasyfikował państwa członkowskie UE według zagrożenia, jakie starzenie się ludności stwarza dla ich finansów publicznych. We wnioskach raportu czytamy, że w większości krajów potrzebne będą dalsze reformy emerytalne, aby zniwelować łączny wpływ starzenia się ludności, światowej recesji i, w niektórych krajach, złej sytuacji finansowej (EC, 2009b).

Drugim zastrzeżeniem jest wysoce niepewna reakcja pracowników na podwyższenie wieku emerytalnego, szczególnie w obecnej sytuacji recesji gospodarczej i rosnącego bezrobocia. Wyższy wiek emerytalny może więc pozostawić część starszych pracowników bez pracy i emerytury przez kilka lat i spowodować obniżenie wysokości ich emerytury wtedy, gdy ostatecznie nabędą do niej prawo. Scenariusz ten stwarza znaczne ryzyko wzrostu ubóstwa wśród starszych osób, szczególnie kobiet. Ryzyko, przed którym stoją kobiety wynika z utrzymującego się zróżnicowania płac w zależności od płci i z przeciętnie krótszego stażu pracy kobiet, co jest w dużym stopniu spowodowane zajmowaniem się rodziną.

Minimalizowanie ryzyka związanego z prywatnymi rentami/emeryturami

Światowy kryzys finansowy spowodował spadek wartości większości publicznych i prywatnych funduszy emerytalnych w okresie między czerwcem i grudniem 2008 roku. W pierwszych miesiącach kryzysu wiele krajów odnotowało spadek rzędu od 10 do 35% (ISSA, 2009). Mimo, że w ostatnich miesiącach odnotowano pewną poprawę sytuacji, wrzenie na rynku doprowadziło wielu obserwatorów do ponownego rozważenia roli i zakresu prywatnych funduszy emerytalnych w systemach "filarowych" lub "poziomowych", szczególnie jeśli udział w nich był obowiązkowy, a oszczędności mogły być inwestowane w akcje.

Taki rozwój sytuacji zwrócił też uwagę na problemy istniejące w wielu systemach prywatnych jeszcze przed kryzysem, a w szczególności na słabe zarządzanie, wysokie opłaty z tytułu zarządzania i brak wymogów prawnych w zakresie obliczania świadczeń.

Odpowiedź na pytanie: kto musi ponieść te ostatnie straty finansowe, zależy od typu systemu emerytalnego. W systemach zdefiniowanej składki, opartych na indywidualnym oszczędzaniu, które są rozpowszechnione w nowszych państwach członkowskich UE oraz w Danii i Szwecji, członkowie systemów natychmiast utracili część swoich oszczędności emerytalnych. Sytuacja jest odmienna w pracowniczych systemach zdefiniowanego świadczenia (defined benefit, DB), które są popularne w Irlandii, Holandii i w Wielkiej Brytanii, gdzie poziom świadczeń jest gwarantowany przez prawo lub układ zbiorowy pracy. Poniesione straty spowodowały tam zmniejszenie się rezerw systemów poniżej poziomu niezbędnego dla wypełnienia przyszłych obowiązków w zakresie wypłaty świadczeń. Na przykład w Irlandii i Wielkiej Brytanii, wskaźnik ogółu środków finansowych do zobowiązań (funding ratio) spadł z poziomu 120% do ok. 75%. Jeżeli systemy te nie zostaną wzmocnione dodatkowymi dochodami, ten brak równowagi spowoduje konieczność obniżki świadczeń. Na początku kryzysu, deficyt spowodował zamykanie przez wielu pracodawców funduszy zdefiniowanego świadczenia (DB) dla nowych członków i przejście do systemu oszczędnościowego zdefiniowanej składki (DC). Zwiększyło to jeszcze tendencje przechodzenia z systemu zdefiniowanego świadczenia (DB) do systemu zdefiniowanej składki (DC), które obserwowano w Europie jeszcze przed kryzysem. W niektórych krajach, takich jak Wielka Brytania, pracownicy opierają się przed takimi zmianami.

W innych państwach, rządy zamroziły lub zredukowały wysokość składki przekazywanej z publicznego systemu emerytalnego do obowiązkowego systemu indywidualnych kont emerytalnych (w Bułgarii, Estonii, na Łotwie i Litwie). Dzięki tym działaniom zmniejszono fiskalne skutki recesji dla rządów i zwiększono środki niezbędne dla finansowania emerytur publicznych. Jednak jest to niekorzystne dla zarządzania prywatnymi funduszami, gdyż znaczna część ich kosztów administracyjnych jest stała (tzn. nie zależy od wysokości składek). Tak więc, taka redukcja może spowodować, że prywatne systemy będą jeszcze bardziej kosztowne dla indywidualnych członków.

Pomimo częściowej poprawy sytuacji na rynkach finansowych w 2009 roku, w dalszym ciągu utrzymują się naciski opinii publicznej na rząd, aby zmniejszył ryzyko wiążące się z prywatnymi emeryturami. W odpowiedzi rządy wystąpiły z kilkoma inicjatywami.

Po pierwsze, udzielają członkom planu emerytalnego dokładniejszych informacji o ryzyku związanym z uczestnictwem. Litwa, Turcja i Wielka Brytania prowadzą kampanie informacyjne lub wymagają od funduszy emerytalnych ujawniania więcej informacji. Na Słowacji, rząd rozpowszechnił informacje o

wieku i profilu dochodów pracowników, dla których uczestnictwo w prywatnym funduszu jest niekorzystne. Węgry wymagają od prywatnych funduszy ujawniania przyczyn niskiej stopy zwrotu inwestycji (investment returns). Ustawodawstwo austriackie zobowiązuje do ujawniania więcej informacji na temat opłat z tytułu zarządzania.

Po drugie, rządy opracowują i doskonalą tzw. opcje domyślne, polegające na tym, że pracownik jest automatycznie kierowany do rozwiązania, które jest uważane za najkorzystniejsze dla niego, a jednocześnie ma prawo zmiany tego rozwiązania. W 2012 roku Wielka Brytania automatycznie zapisze wszystkich pracowników, którzy mają do tego prawo, albo do opcji przewidującej konto osobiste, albo do systemu pracowniczego organizowanego przez pracodawców. Bułgaria, Niemcy, Węgry, Włochy i Polska tworzą i / lub doskonalą tzw. fundusze cyklu życiowego (life cycle funds), obejmujące bardziej przewidywalne inwestycje, na które fundusze pracownika są automatycznie przełączane wtedy, gdy zbliża się on do wieku emerytalnego.

Trzeci kierunek działania ma na celu doskonalenie zarządzania prywatnymi funduszami emerytalnymi, co wymaga wyższego poziomu fachowości w radach zarządzających funduszami. W Niemczech uchwalono przepisy mające na celu poprawę niezależnej kontroli i zarządzania ryzykiem. Norwegia dokonuje przeglądu Ramowych Założeń Oceny Finansowej, które służyły ocenie wypłacalności prywatnych funduszy. W kilku krajach (Hiszpania, Portugalia, Wielka Brytania i Włochy) organy zajmujące się regulacją emerytur ściślej koordynują swoje wysiłki z agencjami rządowymi, która mają podobny mandat (bank centralny i ministerstwo finansów).

W końcu, kryzys spowodował podjęcie przez kilka rządów działań na rzecz rozwiązania wieloletnich problemów z prywatnymi emeryturami, w szczególności związanych z wysokimi kosztami administracyjnymi, które pochłaniają dużą część życiowych oszczędności pracownika (EC, 2006a).⁹ Kilka rządów (Belgia, Polska, Łotwy, Litwy, Hiszpanii i Słowacji) określiło pułap dla opłat lub uzależniło je od wyników inwestycyjnych zarządcy funduszu. Na początku kryzysu Polska dwukrotnie obniżyła wysokość opłat z tytułu zarządzania, które mogą nakładać prywatne fundusze emerytalne. Słowacja rozważa podobne kroki.

Podwyższenie wysokości minimalnych emerytur

Ponieważ systemy emerytalne w regionie są coraz bardziej uzależnione od zarobków i coraz częściej są prywatyzowane, zarówno znaczenie minimalnych emerytur, jak i ich potencjalny wpływ na zachęty do pozostawania w zatrudnieniu, wymagają zwiększonej uwagi.

W wielu krajach problemem jest ubóstwo emerytów. W 2007 roku, na Cyprze, w Estonii, na Łotwie, Litwie i w Wielkiej Brytanii, przynajmniej 30% emerytów było zagrożonych ubóstwem.¹⁰ Z drugiej

⁹ Opłaty od obsługi kapitału w państwach UE wynoszą od 0.5% do 2.5% rocznie. Corocznie potrącana opłata kapitałowa w wysokości 1% pochłonie ok. 20% życiowych oszczędności pracownika.

¹⁰ Patrz

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde320&plugin=1>. Zagrożenie ubóstwem jest definiowane przez KE jako dochód poniżej 60% ekwiwalentu średniego krajowego dochodu / mediany dochodu (EC, 2006a, b).

strony, w państwach UE-25 przeciętna stopa zagrożenia ubóstwem wśród emerytów wynosi 19%. W innych krajach regionu, szczególnie w Azji Środkowej, udział osób starszych pozostających w ubóstwie jest wyższy, jednak brak jest w tym zakresie porównywalnych danych statystycznych.

Kilka rządów podwyższyło ostatnio wysokość minimalnych emerytur powyżej poziomu wymaganego w ramach ustawowej waloryzacji. Finlandia zakomunikowała, że od 2011 roku minimalne emerytury wzrosną o 23%. Chorwacja powiązała dużą podwyżkę minimalnych emerytur z wprowadzeniem bardziej restrykcyjnych wymogów dla uzyskania prawa do świadczeń. Nowe przepisy uchwalone w Portugalii (Solidarity Supplement) przewidują dodatki do emerytur dla osób w wieku powyżej 80 lat. Kazachstan przywrócił podstawową emeryturę państwową (w 2005 roku), która dziesięć lat wcześniej została zlikwidowana przy okazji "prywatyzacji" systemu emerytalnego. Rosja podwyższyła zryczałtowaną część emerytury, w wyniku czego wzrosła wysokość minimalnej emerytury i planuje kolejną dużą reformę od 2010 roku. Znacznej podwyżki minimalnych emerytur dokonało również w latach 2007–2009 kilka innych krajów (Armenia, Azerbejdżan, Kirgistan, Gruzja, Tadżykistan i Mołdowa).

W wyniku kryzysu kilka krajów podjęło specjalne środki aby pomóc osobom otrzymującym najniższe emerytury (MISSOC, 2009). Słowenia przyznała jednorazowy zasiłek aby skompensować wzrost cen artykułów żywnościowych. Austria przyznała dodatek energetyczny, a Islandia wypłaca dodatki emerytom, których dochody z kapitału, z zatrudnienia i z emerytur nie osiągnęły określonego poziomu.

W systemach emerytalnych uzależnionych od zarobków, minimalne emerytury są często niedostępne dla pracowników, którym nie udaje się spełnić pewnych minimalnych warunków w zakresie składek. Ostatnio kilka krajów starało się rozwiązać ten problem. Na przykład Holandia objęła systemem emerytalnym pracowników zatrudnionych na podstawie umów krótkoterminowych, a Belgia uwzględniła czas pracy w niepełnym wymiarze godzin przy badaniu prawa do minimalnych emerytur. Ponadto, w kilku państwach członkowskich UE zwiększono uprawnienia emerytalne osób przebywających na urloпах wychowawczych, a w innych (Wielka Brytania i Niemcy) przyznano takie uprawnienia osobom opiekującym się starszymi członkami rodziny. Uprawnienia te mogą pomóc kobietom i mężczyznom opiekującym się rodziną w spełnieniu warunków do uzyskania minimalnej emerytury. Z tej perspektywy, sytuację emerytalną kobiet poprawi również zrównanie wieku emerytalnego, tak jak w Wielkiej Brytanii i na Węgrzech. Coraz częściej podaje się w wątpliwość pogląd, że niższy wiek emerytalny dla kobiet jest korzystny. Często krótszy i przerywany okres zatrudnienia kobiet może faktycznie spowodować mniej korzystną emeryturę lub nawet brak uprawnień emerytalnych.

W niektórych państwach członkowskich UE wyrażane są obawy, że minimalne emerytury mogą zniechęcać do pracy i hamować wysiłki na rzecz ściślejszego powiązania wysokości emerytury z otrzymywanymi zarobkami (EC, 2006b). Podobne opinie wyrażali decydenci i organy administracji w Mołdowie. Obawy te leżą u podstaw napięć między działaniami na rzecz zapewnienia zadowalającej wysokości emerytur i środkami zniechęcającymi do pracy. Takie środki demobilizujące można osłabić wprowadzając minimalne emerytury, których wysokość rośnie proporcjonalnie do stażu pracy. Rozwiązanie takie zastosowano we Francji, w Grecji, na Łotwie, Litwie i w Holandii.

Opierając się na rozwoju sytuacji i tendencjach opisanych w niniejszym rozdziale, ramka 2.4. przedstawia kluczowe wnioski dotyczące polityki.

2.4. Kluczowe wnioski dotyczące polityki

– Starzenie się ludności doprowadziło do reform emerytalnych, które wymagają od pracowników dłuższego pozostawania w zatrudnieniu oraz zwiększenia własnych oszczędności emerytalnych, lub zachęcają ich do tego. Reformy te zmniejszyły przewidywany brak równowagi finansowej, choć potrzebne są dalsze działania dostosowawcze. Jednak recesja może zniweczyć ten postęp. – Kryzys na nowo rozpalil debatę na temat stosowności obowiązkowych, prywatnie zarządzanych systemów oszczędzania na emeryturę, w szczególności jeśli zostaną one zainwestowane w nieprzewidywalne instrumenty. W wielu krajach niezbędna jest dalej idąca regulacja prywatnych systemów, dla ochrony indywidualnych oszczędności.

– Podwyższenie wieku emerytalnego i / lub przedłużenie minimalnego okresu płacenia składek dla uzyskania prawa do pełnej emerytury, w połączeniu z wysokim bezrobociem i stratą prywatnych oszczędności, podwyższa ryzyko ubóstwa w starszym wieku, szczególnie wśród pracowników uzyskujących niskie dochody i kobiet, którzy mogą mieć ograniczone możliwości zgromadzenia odpowiednich oszczędności. Do zmniejszenia tego ryzyka może się przyczynić podwyższenie minimalnej emerytury.

ROZDZIAŁ 3

Zmieniająca się rola świadczeń rodzinnych

Większość państw europejskich ma dobrze rozwinięte programy świadczeń rodzinnych, obejmujące zasiłki dla osób o niskich dochodach w okresie urlopu macierzyńskiego, ojcowskiego i opieki nad małymi dziećmi; dotacje dla rodzin na pokrycie dodatkowych kosztów wychowania dzieci oraz szereg usług socjalnych. W UE, gdzie politykę rodzinną pozostawiono w gestii państw członkowskich, Komisja Europejska od dawna zalecała dalszy rozwój świadczeń rodzinnych, szczególnie w zakresie opieki nad dzieckiem, jako instrumentu popierania równych szans kobiet i mężczyzn w zakresie zatrudnienia. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej i byłego Związku Radzieckiego, rozległe systemy świadczeń rodzinnych są pozostałością po systemie socjalistycznym. W okresie ostatnich dwóch dekad większość rządów zredukowało wydatki na te programy, koncentrując się na najbiedniejszych rodzinach. Przykładem tej tendencji jest sytuacja w Kirgistanie, gdzie w latach 2000-2008 liczba ośrodków opieki dziennej zmalała o 2/3, co oznacza, że obecnie uczęszcza do nich zaledwie 11% dzieci w docelowym wieku.¹¹ Ostatnie reformy świadczeń rodzinnych w regionie przybrały różne formy: w niektórych krajach obniża się warunki wstępne, które należy spełnić dla uzyskania wyższych świadczeń rodzinnych, podczas gdy w innych ogranicza się dostępność tych świadczeń, aby nie zniechęcać do pracy (Council of Europe, 2009).

Wyróżniają się tu trzy główne inicjatywy. Są to wysiłki w kierunku wykorzystania świadczeń rodzinnych jako: zachęt dla aktywizacji zawodowej kobiet, środka zaspokojenia nowych potrzeb rodzinnych wynikających z większej niepewności pracy i mniej stabilnych struktur rodzinnych oraz środka sprzyjającego wyższej reprodukcji i zapobiegającego starzeniu się ludności.

Zachęty dla aktywizacji zawodowej kobiet¹²

Celem Strategii Lizbońskiej UE jest podwyższenie krajowych wskaźników zatrudnienia poprzez aktywizację osób należących do głównych grup demograficznych, w tym kobiet, pracowników starszych i młodzieży. Strategia ta jest podstawą wysiłków UE na rzecz pobudzenia wzrostu, aby w ten sposób lepiej sobie poradzić z kosztami fiskalnymi starzenia się ludności. Strategia określa dla kobiet cel osiągnięcia wskaźnika zatrudnienia na poziomie przynajmniej 60% do 2010 roku. Aby osiągnąć ten cel, strategia wzywa do wzrostu podaży usług opieki nad dzieckiem.

Do 2008 roku osiągnięto w tym zakresie znaczny postęp i w dziesięciu krajach UE przekroczone ten poziom. Średni wskaźnik zatrudnienia kobiet w UE-27 wyniósł 59.1%, czyli niewiele mniej niż w UE-15

¹¹ Przeciwną tendencję zaobserwowano w Kazachstanie, gdzie w 2008 roku wprowadzono programy ubezpieczeń macierzyńskich i w zakresie opieki nad dzieckiem.

¹² Poza UE, wiele rządów objęło działaniami na rzecz wzrostu poziomu zatrudnienia raczej młodzież, a nie kobiety. W kilku z tych krajów wskaźnik urodzeń jest wyższy niż w państwach członkowskich UE i duże grupy młodzieży mają trudności w zatrudnieniu.

(wskaźnik 60.4%) (EC, 2009a). Jednak światowa recesja gospodarcza i wynikający z niej wzrost bezrobocia mogą odwrócić część tych tendencji, narażając na szwank osiągnięcie tego celu.

Aby osiągnąć cel określony w Strategii Lizbońskiej, państwa członkowskie UE wprowadziły reformy świadczeń rodzinnych wspierające pracujących rodziców. Podobne reformy wprowadziły też niektóre państwa spoza UE. Zmiany te są neutralne płciowo z formalnego punktu widzenia. Jednak ponieważ kobiety w dalszym ciągu ponoszą główny ciężar opieki nad rodziną, reformy te mają na nie największy wpływ.

Po pierwsze, niektóre kraje w większym stopniu łączą świadczenia w zakresie opieki nad dzieckiem z wymogiem zatrudnienia. Bułgaria przyznała rodzicom, mającym prawo do urlopu wychowawczego i zasiłku z tego tytułu, prawo do pobierania 50% tego zasiłku jeśli pozostaną w zatrudnieniu. Republika Czech umożliwiła rodzicom wydłużenie okresu pobierania zasiłku wychowawczego, jednocześnie zmniejszając proporcjonalnie jego wysokość.

Po drugie, w kilku krajach zindywidualizowano niektóre świadczenia rodzinne, tak aby kwota, którą otrzymuje każdy pracownik, bardziej odpowiadała jego wcześniejszym zarobkom. Dania i Holandia upoważniły systemy oszczędności podlegających opodatkowaniu w późniejszym terminie (tax-deferred individual savings) do umożliwiania pracownikom finansowania swoich urlopów wychowawczych, szkoleniowych i urlopów wykorzystywanych w innych celach. W obydwu krajach przepisy te zaczęły dopiero funkcjonować. Inne kraje starają się zlikwidować "pułapkę świadczeń" ("benefit trap"), która polega na tym, że nieopłacalny jest powrót matek do pracy, gdyż otrzymywane przez nie zasiłki są wyższe niż zarobek, jaki mogłyby uzyskać. Francja wprowadziła program solidarności "Revenu de Solidarité Active - RSA", który polega na uzupełnianiu dochodów rodziców, którzy zdecydują się wrócić do pracy lub rozpocząć działalność na własny rachunek. Wielka Brytania wprowadziła tzw. "work credits" dla rodziców, którzy powrócą do zatrudnienia, dzięki którym ich ogólny dochód jest wyższy niż wcześniej otrzymywane świadczenia.

Aby popierać równość płci i ułatwiać zatrudnienie matek mających małe dzieci, tworzy się dodatkowe zachęty dla ojców, aby włączali się do opieki nad rodziną. W państwach UE ojcowie od lat mają równe prawa w dostępie do zasiłków wychowawczych. Jednak w rzeczywistości rzadko z tych praw korzystają. W niektórych krajach zwiększa się pomoc publiczną dla ojców, aby zachęcić ich do większego udziału w opiece nad dziećmi (patrz ramka 3.1.).

3.1. Korzystanie przez ojców z urlopów i zasiłków wychowawczych w Islandii

Islandia przyznaje ojcom trzy miesiące płatnego urlopu wychowawczego. Taki sam urlop wychowawczy przysługuje matkom i taki sam okres urlopu jest dzielony między oboje rodziców (3 miesiące dla matek, 3 dla ojców i 3 dzielone między matki i ojców - ogółem 9 miesięcy). W 2007 roku 90% islandzkich ojców skorzystało z części tych świadczeń, co dało średnią 97 dni urlopu na jednego ojca. Jest to najwyższy wskaźnik korzystania przez ojców z urlopu wychowawczego w Europie. Jednak urlopy wychowawcze w dalszym ciągu wykorzystują głównie kobiety. Średnio przypada 180 dni urlopu na jedną kobietę.

Źródło: Petursdottir and Einardottir, 2008.

W 2006 roku Szwecja wprowadziła ulgę podatkową, której celem jest popieranie dzielenia się urlopem rodzicielskim przez oboje rodziców (tzw. "gender equality bonus"). Od 2007 roku Niemcy przyznają dodatkowe dwa miesiące urlopu rodzicielskiego w przypadku, gdy ojciec wykorzysta przynajmniej dwa miesiące urlopu. We Włoszech coraz częściej korzysta się z przedłużenia urlopu wychowawczego o miesiąc w przypadku, gdy ojciec korzysta z tego urlopu. Austria przedłużyła okres pobierania zasiłku wychowawczego w przypadku, gdy z urlopu wychowawczego korzystają oboje z rodziców. Finlandia prowadzi publiczną kampanię informacyjną zachęcającą ojców do korzystania z prawa do urlopu rodzicielskiego.

Aby popierać podejmowanie zatrudnienia przez kobiety (i mężczyzn), uelastycznia się istniejące programy opieki nad dzieckiem. Republika Czech wprowadza program Wzajemnej Pomocy Rodzicielskiej, dzięki któremu rodzice korzystający z urlopów wychowawczych mogą również otrzymywać wynagrodzenie za opiekę nad innymi dziećmi. Niemcy rozwijają usługi opieki nad dziećmi, szczególnie w wieku poniżej trzech lat. Inicjatywa ta polega w większym stopniu na wykorzystaniu opiekunów do dzieci niż opieki instytucjonalnej. We Francji wprowadzono bardziej elastyczne dodatki dla opiekunów dla dzieci, uwzględniając potrzeby rodziców w zakresie pracy w nieregularnym czasie pracy. W Bułgarii bezrobotny, który opiekuje się małym dzieckiem matki, która wraca do pracy, ma prawo do państwowego dodatku do wynagrodzenia i składek ubezpieczeniowych. W 2009 roku Rosja wprowadziła nowy program wsparcia dla żłobków rodzinnych. .

Dzięki coraz większej elastyczności tych rozwiązań, rodzice - a w szczególności kobiety - opiekujący się dziećmi w domu, mogą się zająć opieką nad dziećmi na większą skalę. Bezrobotne kobiety, które zajmują się opieką nad dziećmi, umożliwiają innym kobietom podjęcie pracy, co powoduje podwójny wzrost zatrudnienia kobiet. Jednak płace takich opiekunów są niskie i faktycznie zajmują się tym głównie kobiety.

Tak więc pojawia się tu również problem równości płci i zadowalającej wysokości dochodów rodziny. Ponadto, w wielu krajach toczą się dyskusje na temat jakości usług opiekuńczych świadczonych przez małe ośrodki, z powodu niewielkiego formalnego wykształcenia opiekunów.

Większa pomoc dla potrzebujących rodzin

Wzrost pracy niestandardowej i w niepełnym wymiarze godzin może stwarzać poważne problemy dla życia rodzinnego: zmieniający się harmonogram pracy, rosnąca mobilność, niższe płace i mniejszy zakres zabezpieczenia społecznego (Knijn and Smit, 2009). Aby rozwiązać te problemy dokonuje się restrukturyzacji wielu programów świadczeń rodzinnych.

Belgia, Bułgaria, Kirgistan, Niemcy, Irlandia, Włochy, Malta, Portugalia i Rumunia należą do krajów, które podwyższyły zasiłki rodzinne, szczególnie dla osób o niskich dochodach. Od początku światowej recesji, Belgia i Dania zwiększyły pomoc dla samotnych rodziców. Luksemburg, Holandia i Wielka Brytania zastąpiły ulgi podatkowe bezpośrednią pomocą pieniężną, dzięki czemu pomoc ta w większym stopniu trafia do rodzin o niskich dochodach. Słowenia pragnie zwiększyć dostęp do

zasiłków rodzinnych poprzez zmniejszenie liczby wymaganych formularzy wniosków i dopuszczenie składania wniosków przez Internet.

Ponadto wprowadza się nowe usługi dla rodzin znajdujących się w stresie. Inicjatywy takie podjęły ostatnio Belgia i Dania. W odpowiedzi na rosnące wskaźniki ubóstwa wśród dzieci w Finlandii uchwalono w styczniu 2008 roku nową ustawę o dobrobycie dzieci (Child Welfare Act). Wielka Brytania stworzyła program pomocy dla młodych ojców w przewyżnianiu barier w angażowaniu się w wychowanie dzieci. Turcja opracowała program zasiłków dla rodziców, przeważnie kobiet, których dzieci chodzą do szkoły i podlegają badaniom lekarskim. Podobne programy są realizowane w Albanii, Rumunii i Macedonii.

Większa pomoc dla osób wychowujących dzieci

Współczynniki reprodukcji w większości państw europejskich są poniżej poziomu niezbędnego dla utrzymania obecnego stanu liczbowego ludności. Niska reprodukcja grozi również gorszym wynikiem gospodarczym i przyczynia się do starzenia się ludności. Aby tego uniknąć, wprowadza się programy świadczeń rodzinnych, jako część krajowych strategii popierania wyższego wskaźnika urodzeń.

Główna idea tych programów odzwierciedla różne krajowe punkty widzenia jeśli chodzi o rolę, jaką powinien pełnić rząd w zachęcaniu do wzrostu reprodukcji. Na przykład, rządy Irlandii, Niemiec i Szwajcarii jako cel swoich programów uznały raczej pomaganie ludziom, którzy chcą mieć dzieci, niż aktywne zachęcanie do wyższej reprodukcji (Council of Europe, 2009). Jednak Chorwacja, Łotwa, Litwa i Portugalia sformułowały politykę otwarcie nastawioną na podwyższenie wskaźnika urodzeń, w ramach strategicznych planów zwiększenia liczby ludności. W tych czterech krajach ogólne współczynniki reprodukcji znacznie spadły od lat 1970. i są obecnie na poziomie niższym niż wskaźnik zastępowalności pokoleń, który wynosi 2.1 urodzeń na 1 kobietę. W Europie Zachodniej, tylko w Islandii, Irlandii i Francji współczynniki reprodukcji wynoszą przynajmniej 2.0 urodzenia na 1 kobietę. Jeśli chodzi o Francję, obecne współczynniki reprodukcji można przypisać inicjatywom w zakresie polityki społecznej, pozwalającym na lepsze godzenie życia rodzinnego i zawodowego.

W Austrii, Serbii i Słowenii usługi w zakresie płodności, włączając zapłodnienie in-vitro, są obecnie finansowane przez programy świadczeń rodzinnych. Ukraina wprowadziła zasiłek porodowy i podwyższone zasiłki dla większych rodzin. Rumunia wprowadziła zasiłek małżeński, a Słowacja zwiększyła zakres zasiłku porodowego, obejmując nim drugie i trzecie dziecko. Polska wydłużyła okres urlopu macierzyńskiego. Rosja przyznaje wysoki zasiłek matkom drugich dzieci. Jest on wypłacany w dniu trzecich urodzin dziecka i finansowany z systemu emerytalno-rentowego. Wielka Brytania wprowadziła zasiłek ciążowy, który jest wypłacany najwcześniej w 25 tygodniu ciąży kobietom, które zgłosiły się do lekarza lub położnej.

Ostatnie zmiany w zakresie programów świadczeń rodzinnych ukierunkowały pomoc na rodziny będące w stresie w wyniku większej niepewności pracy i zmieniających się struktur rodzinnych. Innym ważnym aspektem tych zmian jest dążenie do przygotowania się do coraz szybszego starzenia się ludności i do radzenia sobie z tym problemem. Ramka 3.2. podsumowuje te kluczowe cele polityki.

3.2. Kluczowe cele polityki

- Zapewnienie pomocy w umożliwieniu kobietom osiągnięcia wyższego poziomu zatrudnienia i zachęcanie ich do tego, zgodnie ze Strategią Lizbońską UE.
- Zachęcanie mężczyzn do włączania się w większym stopniu do opieki nad rodziną, co zmniejszy napięcie kobiet starających się godzić życie rodzinne z zawodowym. – Większa pomoc dla par, które chcą mieć dzieci.

ROZDZIAŁ 4

Zwiększenie zakresu efektywnej opieki zdrowotnej i wzrost jej jakości

Spółeczna opieka zdrowotna jest w Europie bardzo zróżnicowana, przy czym różnice występują zarówno między krajami, jak i w ramach poszczególnych krajów. Większość państw UE-15 ma dobrze rozwiniętą opiekę zdrowotną i wysoki poziom satysfakcji obywateli z jakości usług. Jednak w niektórych krajach obserwuje się braki jakościowe i ilościowe oraz problemy finansowe. Państwa członkowskie UE, które wprowadziły system rynkowy od 1989 roku, podjęły działania na rzecz przeprojektowania systemów opieki zdrowotnej odziedziczonych po okresie socjalistycznym (Waters et al., 2008). Wprowadziły ubezpieczenie zdrowotne, zdecentralizowały administrację i stworzyły nowe zachęty dla efektywnego korzystania z zasobów. Wciąż jednak zmagają się z problemami związanymi z nadmierną zależnością od opieki szpitalnej i instytucjonalnej. Większość krajów Europy Południowo-Wschodniej i Wspólnoty Niepodległych Państw doświadcza poważnych problemów związanych z brakiem dostępnej finansowo opieki zdrowotnej i wysokimi opłatami bieżącymi (ILO, 2009). Ogólnie rzecz biorąc, wydatki na opiekę zdrowotną w Europie wynoszą od ponad 11% PKB we Francji i Szwajcarii do poniżej 4% w Kazachstanie (WHO, 2009). Ciągłym wyzwaniem dla wszystkich krajów jest lepsze powiązanie wydatków na ochronę zdrowia ze zwiększeniem jakości usług i wyników opieki zdrowotnej.

Wyróżnia się cztery szerokie tendencje w polityce zdrowotnej i administracji w ochronie zdrowia. Wiążą się one z wysiłkami rządów na rzecz zwiększania efektywności wydatków na opiekę zdrowotną, zwiększania dostępności usług w regionach i grupach, w których dostęp do nich był zbyt niski, radzenia sobie z aktualnymi i przewidywanymi brakami w opiece długoterminowej oraz z nierówną jakością ochrony zdrowia.

Dążenie do zwiększenia efektywności

W większości krajów rosną koszty ochrony zdrowia w związku z rozwojem techniki, starzeniem się ludności i wzrostem dobrobytu. Przewiduje się, że we wszystkich państwach członkowskich UE starzenie się ludności podwyższy wydatki sektora ochrony zdrowia z ok. 7 do 8.5% PKB do roku 2060. Aby zmniejszyć obecne i przewidywane braki finansowe, istnieje potrzeba większej efektywności wykorzystywania zasobów opieki zdrowotnej.

Jednym z możliwych podejść do tego problemu jest popieranie konkurencji. W wielu państwach europejskich powstały "rynkı usługodawców" w publicznym sektorze ochrony zdrowia, ponieważ zobowiązano szpitale i lekarzy pierwszego kontaktu do ubiegania się o środki przeznaczone przez władze lokalne na ochronę zdrowia. Strategię taką zastosowały władze samorządowe hrabstw w Szwecji oraz regionalne władze samorządowe we Włoszech. Niektóre rządy dopuściły do udziału w publicznym systemie prywatne firmy zajmujące się ochroną zdrowia, zarówno po stronie ubezpieczycieli, jak i usługodawców. W 2006 roku w Holandii uchwalono dużą reformę ochrony zdrowia, która zobowiązała publiczne firmy ubezpieczeniowe do sprywatyzowania się lub do połączenia się z prywatnymi funduszami. W 2008 Węgry zastąpiły swojego dotychczasowego ubezpieczyciela publicznego w ochronie zdrowia regionalnymi podmiotami, w których prywatne firmy ubezpieczeniowe mogą posiadać do 49% udziałów. Bułgaria planuje zezwolić prywatnym

funduszom ubezpieczenia zdrowotnego na udział w świadczeniu usług w zakresie obowiązkowego krajowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Aby zapewnić, by konkurujące prywatne firmy ubezpieczeniowe nie wykluczyły mniej zdrowych osób, rządy wprowadziły mechanizmy wyrównywania ryzyka. Holandia, Polska, Szwajcaria, Rumunia i Słowacja wprowadziły ostatnio

systemy przepływów finansowych między funduszami ubezpieczenia zdrowotnego. Polegają one na tym, że fundusze posiadające członków o zdrowszych profilach kompensują braki funduszom, do których należy nieproporcjonalnie duża liczba osób, których leczenie wiąże się z wysokimi kosztami.

Po drugie, wiele krajów kładzie nacisk na profilaktykę, aby uniknąć kosztownego leczenia. W Szwajcarii niektóre firmy ubezpieczeniowe udzielają rabatów osobom, które dokonują wyboru zdrowego trybu życia (np. rzucają palenie). W Holandii, zwraca się niektóre koszty związane z pozytywnym stylem życia (np. związane z członkostwem w klubach zdrowia), a także niektóre koszty leczenia osób, których problemy zdrowotne można rozwiązać (np. cukrzyków). Od początku recesji Rosja zainicjowała kampanię na rzecz zwalczania alkoholizmu. Jednak zdaniem Komisji Europejskiej ogólne wydatki UE na profilaktykę są wciąż niskie w porównaniu z celami, które rządy same określiły (EC, 2009c).

Po trzecie, rządy zobowiązują konsumentów do pokrywania części kosztów opieki zdrowotnej. Celem tego rozwiązania jest nie tylko ograniczenie wydatków publicznych (ograniczenie kosztów), ale również podniesienie świadomości wartości pieniądza wśród konsumentów, co prowadzi do większej efektywności. Umiarkowane współpłacenie, które od dawna jest charakterystyczne dla wielu systemów w państwach Europy Zachodniej, wprowadzono w Republice Czech, na Węgrzech¹³, Łotwie, Słowacji i Słowenii. Francja ostatnio podwyższyła wysokość współpłacenia.

Niektóre rządy zastosowały system kontroli ("gatekeepers") dla ograniczenia korzystania z kosztownych usług oraz dla unikania dublowania diagnozy i leczenia. W ramach swojej reformy systemu ochrony zdrowia, wprowadzanej od 2006 roku, Holandia utworzyła krajową sieć klinik działających po godzinach, w których lekarze pierwszego kontaktu zajmują się w nocy osobami, które w innym przypadku zgłosiłyby się na szpitalny oddział pomocy doraźnej, co jest znacznie kosztowniejszym rozwiązaniem w większości rodzajów pomocy lekarskiej. We Francji osoby, które zgłaszają się bezpośrednio do specjalisty lub szpitala bez odwiedzenia wcześniej lekarza pierwszego kontaktu, muszą ponosić dodatkową opłatę z własnej kieszeni. Węgry wymagają od osób, które zgłaszają się bezpośrednio do szpitala, pokrycia z własnej kieszeni 30% kosztów.

W końcu, niektóre państwa powołały organy regulacyjne dla oceny efektywności nowych technologii przed ich powszechnym wykorzystaniem. W Anglii i Walii zajmuje się tym National Institute for Clinical Excellence (Krajowy Instytut Doskonałości Klinicznej) w ramach Krajowej Służby Zdrowia. Podobne organy powołano w Szwecji, Finlandii i Niemczech. Niektóre kraje Europy Środkowej naśladują to rozwiązanie lub je rozważają.

¹³ W latach 2006-2007, na Węgrzech uchwalono ustawę o współpłaceniu za podstawową opiekę zdrowotną, opiekę ambulatoryjną i za każdy dzień pobytu w szpitalu, ale w 2008 roku ustawa ta została odrzucona w krajowym referendum.

Likwidacja barier w dostępie

Nierówny dostęp do opieki zdrowotnej jest w regionie głównym problemem. Komisja Europejska ciągle podkreśla swoją troskę spowodowaną nierównym dostępem do opieki zdrowotnej w państwach członkowskich (EC, 2008, 2009c). Zauważając, że źródłem tego problemu są: ubóstwo, bezrobocie i brak możliwości wykształcenia, Komisja Europejska wezwała państwa członkowskie do zlikwidowania tych nierówności. Poza tym, wiele rządów zarówno w UE jak i poza nią stara się zwiększyć dostęp do społecznej ochrony zdrowia w krótszym terminie czasu.

Jedną z dróg do osiągnięcia tego celu jest likwidacja organizacyjnych barier w dostępie. Słowenia ułatwiła osobom potrzebującym uzyskanie świadczeń ochrony zdrowia, zezwalając usługodawcom na wystawianie rachunków bezpośrednio dla Instytutu Ubezpieczenia Zdrowotnego Słowenii. Austria utworzyła regionalne platformy zdrowia, aby zapewnić osobom ubezpieczonym usługi w jednym miejscu ("one-stop shopping"). W Holandii nowy system opłat zależnych od liczby przyjętych pacjentów (capitation payments) zwiększył dostęp do lekarzy na obszarach, w których dostęp do usług był zbyt niski, gdzie dotychczas przeznaczano niewielkie środki na ochronę zdrowia.

Inną metodą dla osiągnięcia tego celu jest rozszerzanie zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Francja wprowadziła uzupełniający program ubezpieczeń, obejmujący osoby o niskich dochodach, uprawniający do bezpłatnych lekarstw, okularów, usług dentystrycznych i aparatów słuchowych. Belgia objęła bezpłatnymi usługami dentystrycznymi dzieci i osoby starsze o niskich dochodach. W 2006 roku Rosja wdrożyła duży program krajowy, mający na celu poprawę podstawowej opieki zdrowotnej. Przewiduje on podjęcie publicznej kampanii informacyjnej na temat znaczenia szczepień i badań przesiewowych w zakresie chorób zakaźnych, takich jak gruźlica, a także finansowanie specjalistycznego sprzętu medycznego, regionalnych ośrodków zdrowia i karet pogotowia ratunkowego.

W krajach Europy Środkowej i Wschodniej i byłego Związku Radzieckiego, dostęp do opieki zdrowotnej jest hamowany z powodu żądań pracowników służby zdrowia w zakresie dobrowolnych opłat ze strony pacjentów za usługi objęte społecznym ubezpieczeniem zdrowotnym ("gratitude payments"). Według ostatnich szacunków, opłaty takie dochodzą do poziomu 19% ogólnego kosztu usług opieki zdrowotnej w Republice Czech, 30% w Rosji i 37% w Bułgarii. Aby do nich zniechęcić, rządy kilku krajów Europy Środkowej i Wschodniej wprowadziły system współpłacenia. Inne kraje (Estonia, Węgry, Łotwa, Słowenia i Słowacja) bardziej precyzyjnie określiły pakiet świadczeń objętych społecznym ubezpieczeniem zdrowotnym. Rosja ostatnio zorganizowała kampanię przeciwko nielegalnym opłatom za usługi (patrz ramka 4.1.).

4.1. Zwalczanie nieoficjalnych opłat za opiekę zdrowotną w Rosji

W 2009 roku Ministerstwo Zdrowia i Rozwoju Społecznego wprowadziło nowe środki dla zwalczania powszechnej praktyki nieoficjalnych opłat za usługi w szpitalach lub płacenia z góry za przyszłe usługi. Ministerstwo opublikowało aktualną listę świadczeń i usług, które są bezpłatne i zaleca użytkownikom usług zdrowotnych zgłaszanie przypadków domagania się dodatkowych opłat do Federalnej Służby Monitorowania Opieki Zdrowotnej i Rozwoju Społecznego.

Źródło: Ministry of Health and Social Development, 2009.

Wzrost podaży usług opieki długoterminowej

Dostępność opieki długoterminowej jest niejednakowa zarówno w ramach krajów, jak i między krajami. Ponadto, starzenie się ludności zwiększy liczbę osób borykających się z chronicznymi problemami zdrowotnymi. Zaspokojenie ich potrzeb w zakresie opieki długoterminowej (long-term care, LTC) zwiększy popyt na te usługi i ich koszt. Oczekuje się, że w państwach członkowskich UE z powodu opieki długoterminowej krajowe wydatki na ochronę zdrowia wzrosną średnio o 1.1% PKB do 2060 roku (EC, 2009a). Opieka domowa lub ambulatoryjna jest zarówno bardziej humanitarna, jak i mniej kosztowna niż opieka w szpitalu, domu spokojnej starości, lub w innym domu opieki. Tak więc większość wysiłków koncentruje się na zwiększaniu lokalnych możliwości takiej opieki.

Aby zlikwidować takie braki obecnie i w przyszłości, Niemcy popierają rozwój usług ambulatoryjnych, wzrost świadczeń z tytułu opieki domowej i dalszy rozwój lokalnych ośrodków opiekuńczych (patrz ramka 4.2.). Islandia oferuje indywidualne usługi dla osób starszych, w celu umożliwienia im pozostania we własnym domu. Portugalia popiera udział rodziny w opiece nad osobami w starszym wieku i niepełnymi, ze skoordynowaną pomocą służb socjalnych i agencji zdrowia. Estonia wprowadziła zarządzanie przypadkami chorobowymi w sektorze usług socjalnych. Słowacja przyjęła nową ustawę, która kładzie nacisk na opiekę długoterminową, pozaszpitalną dla osób chronicznie chorych, obejmującą nowe formy usług domowych. W Polsce zespół międzyministerialny opracowuje nową ustawę o opiece długoterminowej.

4.2. Zmiany w niemieckim programie opieki długoterminowej

Dziesięć lat po przyjęciu w 1995 roku ustawy o opiece długoterminowej, Niemcy wprowadziły w 2005 poprawki do tej ustawy. Kolejna jej zmiana nastąpiła w 2007 roku. W wyniku tych zmian:

- skorygowano wymiar składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu opieki długoterminowej, różnicując sytuację ubezpieczonych pracowników z dziećmi i bez dzieci.
- zapewniono łatwiejszy dostęp do opieki dla osób starszych cierpiących na demencję starczą i choroby umysłowe (jednocześnie zwiększając wysokość zasiłków).
- stworzono zachęty dla członków rodzin sprawujących opiekę nad osobami starszymi, przyznając im prawo do bezpłatnego półrocznego urlopu z tego tytułu (w przedsiębiorstwach zatrudniających co najmniej 15 pracowników), z zachowaniem prawa do ubezpieczenia zdrowotnego i emerytalnego; oraz krótkoterminowy bezpłatny urlop w wymiarze do dziesięciu dni w nagłym wypadku.

Źródło: Federal Ministry of Health, 2008.

Na powodzenie tych działań będą mieć wpływ dwa główne czynniki po stronie podaży: dostępność członków rodziny dla świadczenia usług opiekuńczych oraz wystarczająca liczba pracowników zajmujących się opieką domową. Jeśli obecne inicjatywy na rzecz podwyższenia wskaźników zatrudnienia kobiet okażą się skuteczne, powstanie jeszcze większe zapotrzebowanie na zawodowych opiekunów, gdyż więcej kobiet podejmie zatrudnienie. Ponieważ obecnie pracownicy zatrudnieni w

sektorze domowej opieki zdrowotnej otrzymują niskie wynagrodzenia i sami uważają się za pracowników o niskim statusie, aby skutecznie zapewnić dostępność usług długoterminowej opieki domowej i usług świadczonych w lokalnym środowisku, należy zapewnić, by praca ta była bardziej opłacalna i atrakcyjna.

Poprawa jakości opieki zdrowotnej

Pomimo istotnych różnic w jakości opieki zdrowotnej w ramach krajów i w całym regionie, w kilku krajach nastąpił znaczny postęp w zakresie zapewnienia wysokiej jakości usług dla wszystkich (EC, 2009c). Wyróżniają się tu dwie inicjatywy z ostatnich lat: tworzenie i stosowanie nowych mierników dla oceny jakości i zwracanie większej uwagi na bezpieczeństwo pacjentów (Legido-Quigley et al., 2008).

Jeśli chodzi o nowe mierniki, Rada Skandynawska powołała grupę roboczą ds. krajowych wskaźników jakości. Szwecja utworzyła dobrowolne "rejstry jakości" dla pracowników służby zdrowia, które pozwalają im porównywać interwencje i ich wyniki. Słoweńskie Ministerstwo Zdrowia i Izba Lekarska zainicjowały projekt opracowania wskaźników jakości dla wszystkich specjalności medycznych. Kilka rządowych agencji opieki zdrowotnej zaczęło stosować nowe mierniki jakości przy akredytacji usługodawców i opracowaniu wytycznych w zakresie opieki (EC, 2008b). Dania opracowuje standardy i wskaźniki dla 36 składników jakości. Po zakończeniu prac będą one służyć jako podstawa do akredytacji instytucji i pracowników służby zdrowia. Finlandia korzysta z nowo opracowanych wskaźników opieki zdrowotnej przy opracowywaniu wytycznych w zakresie leczenia 193 chorób. Holandia opracowuje wskaźniki, obejmujące stopniowo opiekę pielęgnacyjną i domową, niepełnosprawność, zdrowie psychiczne i opiekę nad osobami uzależnionymi, lekarzy pierwszego kontaktu i usługi dentystyczne. Od 2005 roku Słowacja zaczęła oceniać służbę zdrowia (głównie szpitale) z zastosowaniem zestawu wskaźników powiązanych z zachętami finansowymi dla poprawy jakości.

Ponadto, programy wiążące wysokość honorariów z wynikami leczenia (tzw. "pay for performance") od dawna stosowane dla popierania skuteczności i wydajności w opiece zdrowotnej, w niektórych krajach zostały ostatnio ukierunkowane na jakość. Te zmiany są wyrazem coraz szerszej świadomości faktu, że poprawa jakości opieki doprowadzi do poprawy zdrowia pacjentów, a tym samym do długofalowych oszczędności. W 2004 roku Wielka Brytania przyjęła ramowe założenia w zakresie jakości i wyników (Quality and Outcomes Framework), którymi kierują się lekarze pierwszego kontaktu przy składaniu dobrowolnych raportów na temat jakości opieki w czterech domenach: klinicznej, organizacyjnej, opieki nad pacjentem i usług dodatkowych. Ocena skutków tych działań, przeprowadzona w 2008 roku, sugeruje, że doprowadziły one do znacznej poprawy jakości opieki i leczenia astmy, cukrzycy i choroby wieńcowej (OECD, 2009).

W 2005 roku zarówno Luksemburg jak i Wielka Brytania zaliczyły bezpieczeństwo pacjentów do kluczowych tematów swoich prezydencji UE. W tym samym roku panel ekspertów Rady Europy opracował zalecenia w zakresie zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów, które następnie zatwierdził Komitet Ministrów. W 2007 roku Komisja Europejska wystąpiła z inicjatywą w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i jakości usług opieki zdrowotnej (Initiative on Patient Safety and the Quality of Health Care Services), w ramach której państwa członkowskie otrzymują nowe narzędzia i informacje.

W tych ramach kilka rządów podejmuje inicjatywy w zakresie bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. W 2007 roku Węgry starały się poprawić swoje mechanizmy zapewniania jakości, powołując Agencję Nadzoru nad Ubezpieczeniem Zdrowotnym. W tym samym roku, Niemcy zaczęły publikować dane na temat jakości szpitali. Celem był nie tylko wzrost bezpieczeństwa, ale również popieranie konkurencji i przyznanie pacjentom prawa do bardziej konkretnego wyboru szpitala. W swoim programie rządowym na lata 2005-2008 Rumunia zajęła się bezpieczniejszą opieką konsumentów (EC, 2008c).

Na podstawie powyższej oceny czterech szerokich tendencji regionalnych w zakresie polityki opieki zdrowotnej i administracji w tej dziedzinie, w ramce 4.3. przedstawiono główne wnioski.

4.3. Kluczowe wnioski

– W wielu krajach rosnące koszty opieki zdrowotnej zachęcają do poszukiwania możliwości większej efektywności w korzystaniu ze środków publicznych. Celem ostatnich reform jest popieranie konkurencji, dążenie do wprowadzenia wyższego współpłacenia i zastosowanie systemu kontroli ("gatekeepers") w celu unikania dublowania leczenia i weryfikacji zapotrzebowania na nowe technologie i weryfikacji ich stosowności.

– Obecne i przewidywane braki doprowadziły rządy do działań na rzecz wzrostu podaży opieki długoterminowej (long-term care, LTC). Celem wielu z tych inicjatyw jest zapewnienie usług opieki długoterminowej w lokalnym środowisku i wspieranie osób opiekujących się członkami swojej rodziny. Istnieje pilna potrzeba likwidacji braków w podaży pracowników domowej opieki zdrowotnej.

– Aby zmniejszyć nierówności w dostępie do usług, rządy pokonują bariery organizacyjne, obejmując zakresem podstawowej opieki zdrowotnej wykluczone grupy i regiony. W wielu państwach Wspólnoty Niepodległych Państw i Europy Środkowej i Wschodniej prowadzona jest walka z opłatami nieoficjalnymi ("gratitude" payments), których domagają się pracownicy służby zdrowia.

– Niektóre kraje podejmują inicjatywy w zakresie mierzenia jakości opieki, a najbardziej zaawansowane państwa zaczynają na tej podstawie określać standardy jakości dla usługodawców i stosują mierniki jakości jako podstawę do określania wysokości honorariów dla usługodawców.

ROZDZIAŁ 5

Wnioski:

Wyzwania dla administracji

Omówiony w niniejszym raporcie rozwój sytuacji i tendencje w zakresie reform w zabezpieczeniu społecznym w Europie nakładają nowe, poważne obowiązki na organy administracji w dziedzinie zabezpieczenia społecznego. Reformy te są coraz bardziej złożone i ambitne i mają na celu objęcie systemem coraz większej liczby ryzyk społecznych. Celem reform jest również zmiana zachowania zainteresowanych podmiotów, zachęcenie do konkurencji między wieloma usługodawcami, obniżenie kosztów administracyjnych i udzielanie bardziej zindywidualizowanych świadczeń, z możliwością dokonywania wyboru przez ubezpieczonych.

W raporcie przedstawiono szereg przykładów działań mających na celu zmianę zachowań ludności. Celem reform emerytalnych jest skłonienie starszych pracowników do opóźnienia momentu przejścia na emeryturę i dłuższego pozostawania w zatrudnieniu. Reformy świadczeń rodzinnych, wraz z innymi narzędziami polityki, zachęcają kobiety do łączenia pracy z posiadaniem dzieci, a mężczyzn do aktywniejszego włączania się do opieki nad rodziną na równych zasadach z kobietami. Reformy opieki zdrowotnej zachęcają zarówno usługodawców, jak i pacjentów do korzystania w mniejszym stopniu z opieki szpitalnej i szpitalnej pomocy doraźnej, a w większym stopniu z podstawowej opieki zdrowotnej w lokalnych ośrodkach zdrowia oraz do stosowania profilaktyki.

Jeśli chodzi o emerytury i opiekę zdrowotną, w wielu krajach dopuszczono prywatne firmy do udzielania świadczeń. W systemie emerytalnym zajmują się tym prywatne firmy zarządzające indywidualnymi kontami oszczędnościowymi, a w opiece zdrowotnej - prywatne towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych i prywatne kliniki. Obydwa typy reform dopuszczają wielu usługodawców i dają beneficjentom prawo wyboru. Ponadto, w kilku systemach społecznej opieki zdrowotnej wprowadzono konkurencję rynkową, w ramach której usługodawcy publiczni muszą ubiegać się o środki. Jeśli chodzi o świadczenia rodzinne, rządy wprowadzają bardziej elastyczne zasady opłat za usługi prywatnych instytucji zajmujących się opieką nad dziećmi, szczególnie małych prywatnych żłobków. W niektórych krajach zaczyna się wykorzystywać prywatne oszczędności na cele ubezpieczeniowych świadczeń rodzinnych, co umożliwi ubezpieczonym dokonywanie wyboru sposobu, w jaki wykorzystają swoje oszczędności, np. na szkolenie, urlopy naukowe, czy urlop wychowawczy.

Realizacja tych reform nakłada poważne obowiązki na administrację zabezpieczenia społecznego. W większym stopniu niż dotychczas wyższa kadra w administracji musi zaszczepić w organach administracji silną kulturę służby publicznej, koordynować swoje wysiłki z partnerami w innych agencjach i gromadzić bardziej szczegółowe dane do wykorzystania w różnych analizach. Należy również sformułować zasady działania prywatnych usługodawców i ocenić ich zgodność z przepisami i efektywność oraz informować decydentów o problemach napotykanym przy realizacji reform.

Dobre usługi jako społeczny kapitał

Koszty fiskalne starzenia się ludności zmuszą poszczególne części systemów zabezpieczenia społecznego do ponoszenia wyższych kosztów zabezpieczenia społecznego, a w niektórych przypadkach do redukcji wysokości świadczeń. Systemy będą skłonne zaakceptować te obciążenia w takim stopniu, w jakim uznają, że administracja zabezpieczenia społecznego jest skuteczna i efektywna. W tym sensie, dążenie do doskonałości w administracji jest formą kapitału społecznego, który może pomóc utrzymać publiczne zaufanie niezbędne dla stawienia czoła przyszłym wyzwaniom. Osoby zajmujące się administracją zabezpieczenia społecznego są ludzką twarzą tego kapitału. Aby zbudować zaufanie, opinia publiczna musi być przekonana, że organy administracji są tak skuteczne i dobrze zarządzane jak firmy prywatne i tak o nią dbają, jak przyjaciel. Wymaga to stworzenia silnej kultury służby publicznej wśród pracowników administracji zabezpieczenia społecznego, aby uważali się oni za powierników osób, które płacą składki i otrzymują świadczenia.

Administracja zabezpieczenia społecznego musi również służyć dobrym przykładem, przestrzegając tych samych zasad, które rządy nakładają na firmy prywatne, w zakresie: dostosowania stanowisk pracy do potrzeb starszych pracowników, tym samym umożliwiając im opóźnienie daty przejścia na emeryturę; dążenia do równouprawnienia kobiet i mężczyzn przy przyjmowaniu do pracy i awansowaniu; oraz umożliwiania ojcom korzystania z przysługujących im uprawnień w zakresie opieki nad dziećmi i zachęcania ich do tego. Służąc dobrym przykładem, kadra kierownicza publicznych instytucji zabezpieczenia społecznego może wykorzystać fakt, że systemy publiczne są dobrze widoczne, dla zachęcenia prywatnych przedsiębiorstw do naśladownictwa.

Koordinowanie działań z partnerami

Potrzeba współpracy międzyinstytucjonalnej jest większa w reformach, których cele wykraczają poza tradycyjne granice instytucjonalne. Na przykład, wzrost podaży opieki długoterminowej w lokalnym środowisku angażuje zarówno organy administracji zdrowotnej jak i służby socjalne. Skłanianie pracowników starszych do dłuższego pozostawania w zatrudnieniu wymaga nie tylko zmian w zasadach emerytalnych i w służbach zatrudnienia, ale również stworzenia odpowiednich miejsc pracy, szkolenia dla odnowienia kwalifikacji starszych pracowników i edukacji zarówno pracowników, jak i pracodawców.

Taka współpraca międzyinstytucjonalna może przybierać różne formy i obejmuje organizację okrągłych stołów lub grup roboczych, zajmujących się określeniem wspólnego podejścia do wspólnych problemów lub zastosowaniem uzupełniających środków, formalne porozumienia określające rolę poszczególnych instytucji oraz uzgodnienia w zakresie wymiany informacji, które przyczyniają się do wzrostu wiedzy i efektywności różnych instytucji. Taka współpraca nigdy nie jest łatwa. Wymaga od kadry kierowniczej łączy dyplomacji z wytrwałością w dążeniu do celu w obszarach, w których kompetencje różnych instytucji ząbają się. Dla kadry kierowniczej zorientowanej na realizację celów, rozległość celów ostatnich reform w zakresie zabezpieczenia społecznego narzuca taką współpracę z przyczyn praktycznych.

Ważniejsza rola w zakresie monitorowania wyników systemu

Wiele ostatnich reform ma na celu skłonienie ludzi do zmiany zachowań. Może to oznaczać podjęcie pracy, przyjęcie zdrowszego stylu życia, wzięcie urlopu ojcowskiego lub wydłużenie życia zawodowego. Dążą one również do zwiększenia efektywności wydatków na ubezpieczenia społeczne. Sukces tych działań jest wysoce niepewny i dlatego istnieje potrzeba dokładniejszego monitorowania wyników systemu.

Wymagania różnią się w zależności od poziomu rozwoju gospodarczego kraju i jakości jego zarządzania. W krajach mniej zaawansowanych istnieje nagła potrzeba poprawy podstawowych statystyk programu. Wiele instytucji zabezpieczenia społecznego nie rejestruje, albo nie rozpowszechnia podstawowych informacji programowych, takich jak liczba beneficjentów / pacjentów, ogólne dochody i wydatki lub koszty administracyjne. Nie prowadzą też rejestrów podstawowych cech beneficjentów systemu, takich jak wiek, płeć, stan cywilny, czy historia zawodowa. W szczególności, głębsze analizy sytuacji nie są możliwe z powodu braku danych statystycznych w wielu krajach Wspólnoty Niepodległych Państw i Europy Południowo-Wschodniej. W krajach tych, nieregularność badań aktywności ekonomicznej ludności (labour-force surveys) i istnienie dużych sektorów nieformalnego zatrudnienia powoduje, że statystyki krajowe są niekompletne lub niepewne (Gal, Hagemejer and Fultz, 2005; ILO, 2008). Tę lukę informacyjną wyraźnie widać w poprzednich rozdziałach, które w dużym stopniu opierają się na danych Komisji Europejskiej. Bez takich informacji politycy planując reformy działają "w ciemno".

We wszystkich krajach istnieje potrzeba dokumentowania nie tylko średnich wartości odpowiednich zmiennych (np. płac, składek i poziomów świadczeń), ale również doświadczenia pracowników i beneficjentów o różnych profilach. W związku z rozwojem pracy nietypowej, przeciętny beneficjent w coraz mniejszym stopniu może służyć jako wskazówka dla polityków. Zapotrzebowanie na bardziej szczegółowe analizy jest szczególnie pilne w krajach, które podnoszą wiek emerytalny, jednocześnie obniżając wskaźnik zastępowalności emerytur, a tym samym zwiększając ryzyko ubóstwa w pewnych grupach. Niezbędne są również prognozy długoterminowe, takie jak prognozy opracowywane w ramach Otwartej Metody Koordynacji UE (Open Method of Coordination)¹⁴, 14 grupy dyskusyjne organizowane w celu uzupełnienia statystyk programu informacjami jakościowymi, nowe mierniki jakości dla interwencji w opiece zdrowotnej i poszerzone statystyki na temat świadczeń prywatnych.

Regulacja i ocena prywatnych usługodawców / świadczeniodawców

Wyzwaniem dla publicznych organów administracji jest rosnące zaangażowanie prywatnych firm w zakresie zabezpieczenia społecznego. W niektórych przypadkach organy te muszą zająć się regulacją prywatnych usługodawców / świadczeniodawców, aby skompensować niedostatki rynku, np. braki informacyjne. Na przykład, niektóre agencje publiczne wdrażają obecnie nowe systemy przepływów finansowych między prywatnymi funduszami ubezpieczeń zdrowotnych w celu zrównania ich narażenia na ryzyko. Zajmują się one również administracją systemów opłat opartych na wynikach

¹⁴ Otwarta metoda koordynacji stanowi ramy dla koordynacji politycznej bez prawnych ograniczeń. Dzięki niej państwa członkowskie popierają politykę umożliwiającą im uczenie się wzajemnie od siebie.

(performance-based payment systems), w których ocenia się zarówno jakość, jak i ilość prywatnych usług zdrowotnych. W programach świadczeń rodzinnych, coraz szersze wykorzystywanie prywatnych usługodawców stwarza podobne zapotrzebowanie na standardy, zasady płatności i nadzór. W administracji systemów emerytalnych, publiczna kadra zarządzająca ma często ograniczony kontakt z prywatnymi funduszami, które są regulowane przez ministerstwo finansów lub emerytalne organy regulacyjne. Jednak sytuacja ulega zmianie, gdy publiczne systemy są proszone o udzielanie świadczeń prywatnych lub o ponowne przyjęcie w momencie emerytury członków prywatnych systemów do systemu publicznego. Aby takie skomplikowane układy dobrze funkcjonowały, publiczne organy administracji powinny być stanowcze, jeśli chodzi o informacje i zasoby, jakich potrzebują od prywatnych funduszy. Wszystkie te podejścia powodują, że administracja w zakresie zabezpieczenia społecznego jest coraz bardziej wymagająca w technicznego punktu widzenia.

Polityka integracyjna

W starym modelu administracji publicznej, kadra kierownicza musiała realizować politykę określoną przez rządy i władze ustawodawcze. W nowym modelu następuje wzajemny obieg informacji między polityką i jej realizacją. Obecnie powszechnie uznaje się, że aby tworzyć dobrze funkcjonujące i efektywne prawo, politycy potrzebują informacji od realizatorów przepisów prawnych. Potrzeba ta jest oczywista w przypadku ustaw prywatyzujących system emerytalny, które zostały uchwalone w Europie Środkowej i Wschodniej w ostatniej dekadzie, a z których wiele opracowano bez takich konsultacji. Jest ona również oczywista w obecnych działaniach na rzecz zwiększenia efektywności opieki zdrowotnej, które wiążą się z poszukiwaniem dużych oszczędności przy najniższych kosztach ograniczonych usług. Jest to dobrze znane dla administratorów programów.

W następstwie epoki wielkiego "pożyczania" modeli reform w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, coraz szerzej uznaje się, że reformy powinny być dostosowywane do indywidualnych środowisk, z uwzględnieniem zdolności administracyjnych danego kraju (patrz ramka 5.1.). Opinia taka znalazła swój wyraz w ostatniej analizie przeprowadzonej przez Barr and Diamond, w której czytamy, że "... projekt polityki, który przekracza możliwości realizacyjne kraju, jest złym projektem" (2009, s. 5).

Pogląd ten podkreśla znaczenie doświadczenia, opinii i spostrzeżeń organów administracji w dyskusjach na temat polityki. Jednocześnie, obowiązkiem organów administracji jest - zgodnie z tym poglądem - proaktywne dzielenie się swoimi poglądami z decydentami, nie czekając na zaproszenie z ich strony. Stanowisko to jest w pełni zgodne z założeniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego w zakresie Dynamicznego Zabezpieczenia Społecznego i opinią, że administracja zabezpieczenia społecznego powinna myśleć o przyszłości.

Myśląc o przyszłości i aby poczynić postęp na drodze do Dynamicznego Zabezpieczenia Społecznego, ciągłym wyzwaniem dla Europy pozostaje skuteczne wprowadzanie innowacji w celu zapewnienia zrównoważonego finansowania świadczeń i usług w zakresie zabezpieczenia społecznego. Jednak równie ambitnym zadaniem jest jednocześnie zaspokajanie zmieniających się oczekiwań społecznych co do stosowności i jakości tych świadczeń i usług. Aby stawić czoła tym wszystkim wyzwaniom, potrzebujemy - choć może to nie wystarczyć - stworzenia możliwości wyboru polityki na podstawie pełnych informacji i efektywnej administracji zabezpieczenia społecznego. Niezbędna jest również zmiana zachowań wszystkich zainteresowanych podmiotów. Aby zrealizować ten cel, organy

administracji zabezpieczenia społecznego, organizacje członkowskie Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego są zobowiązane służyć dobrym przykładem.

5.1. Kluczowe przesłania dla strategii reform w dziedzinie zabezpieczenia społecznego

- Reformy są coraz bardziej złożone i muszą być dostosowywane do indywidualnych potrzeb i prowadzone w skoordynowany sposób, tak aby mogły realizować wiele celów (tj. odpowiedni zakres; większa efektywność; pluralistyczne mechanizmy realizacyjne; odpowiednia regulacja i zarządzanie; dostosowanie do zmian demograficznych), które są coraz bardziej ambitne.
- Reformy muszą zapewnić odpowiednią ochronę przed ryzykami objętymi systemem oraz dążyć do zwiększenia jakości usług i zapewnienia równego dostępu do nich, zapewniając jednocześnie prawo wyboru.
- Podejmowanie lepszych decyzji wymaga poprawy sytuacji w zakresie zbierania danych oraz - w procesie projektowania polityki - wcześniejszego i stałego uwzględniania informacji uzyskanych z organów administracji zabezpieczenia społecznego odpowiedzialnych za realizację polityki. – Aby zapewnić dobrą sytuację finansową wszystkich programów w kontekście starzenia się ludności i umożliwić świadczenie usług wysokiej jakości i wybór świadczeń i usług, wszystkie zainteresowane podmioty są zobowiązane odpowiednio dostosować swoje zachowanie. Obowiązkiem wszystkich zainteresowanych podmiotów jest proaktywne wspieranie roli odgrywanej przez systemy zabezpieczenia społecznego w społeczeństwie.