

1. Socijalni režimi

Socijalni modeli opredeljeni su konceptom i doktrinama socijalne politike, na čiju kompleksnost utiče i dualizam, odnosno komplementarnost koja proističe iz njenog naučnog i praktičnog karaktera. Sama neizbežno uslovljena političkim sistemom, ekonomskom doktrinom, tradicijom, naukom, društvenom svešću o vrednostima, kao i strukturom i karakteristikama stanovništva, socijalna politika određuje osnovne postavke, koncipira ciljeve i sredstva, a time određuje i domete nacionalnih sistema socijalne sigurnosti. Razlike među njima, ogledaju se, prevashodno, u afirmisanju teorijskih koncepcija o društvu, shvatanju uloge države u obezbeđivanju određenog životnog standarda stanovništva i uzroka socijalnih problema (Vuković, 2005), ka čijem su prevazilaženju i minimiziranju usmereni. Sa stanovišta rezultata i ishoda, socijalni modeli se razlikuju prema opsegu u kom ispunjavaju ciljeve kojima teže i koji su im povereni.

1.1. Modeli države blagostanja

Polazeći od različitih koncepata socijalne politike, Ričard Titmus je kao dominantna figura u oblasti socijalne politike u anglo-američkom delu sveta 1950-ih i 1960-ih godina razlikovao: rezidualni ili selektivni model, industrijski model ostvarivanja rezultata i institucionalno redistributivni koncept socijalne politike. Rezidualni model počiva na stavu da se individualne potrebe zadovoljavaju primarno posredstvom tržišta i porodice, pa se otuda samo u slučaju odsustva ova dva mehanizma mogu privremeno aktivirati ustanove za socijalno staranje. Industrijski model podrazumeva zadovoljavanje potreba stanovništva isključivo na osnovu zaposlenosti, tako da su svi oni koje se nalaze izvan procesa rada izloženi rizicima nesigurnosti, a socijalna politika predstavlja dodatak ekonomiji. Redistributivni model obezbeđuje univerzalno zadovoljavanje potreba izvan tržišta, na bazi egalitarizma i univerzalizma u ostvarivanju socijalnih prava.

Osnove teorijskih postavki klasifikacije savremenih sistema socijalne sigurnosti postavljene su 1990-ih godina u knjizi *Tri sveta kapitalizma blagostanja (The Three Worlds of Welfare Capitalism)* Gesta Esping-Andersena. Polazeći od stava da je za određivanje karaktera i dometa socijalne politike značajno ne samo koliko iznose socijalni transferi, nego kako se oni troše, autor razlikuje *tri tipa*, odnosno modela socijalnih režima: *liberalni* model, u kojem su socijalne prestacije i naknade niske, dok je krug njihovih korisnika uzak; *korporativni* model, u čijem središtu se nalazi socijalno osiguranje, i ostvarivanje prava po osnovu rada i uplate doprinosa i *socijalno-demokratski*

model koji se primarno rukovodi redukovanjem nejednakosti u dohocima. Suštinske determinante Esping-Andersenove klasifikacije „država blagostanja“ tiču se: dimenzije *dekomodifikacije*, odnosno stepena do kojeg su pojedinci ili porodice u stanju da ostvare socijalno prihvatljiv životni standard, nezavisno od svog učešća na tržištu i dimenzije *stratifikacije*, koja se odnosi na način na koji države oblikuju i struktuiraju prava.

Liberalni model države blagostanja (uglavnom anglo-saksonske zemlje: Velika Britanija, Irska, SAD, Kanada, Australija i Novi Zeland) se karakteriše niskim nivoom *dekomodifikacije*. Ističu se individualizam i slobode pojedinaca, koji ne mogu biti ograničeni delatnostima države, a *prioritet se daje tržištu*, kao osnovnom regulatornom mehanizmu, merilu i pokazatelju statusa pojedinca. Iako i u okviru ovog modela postoje izvesne varijacije, u osnovi se prihvata stav da se državnim intervencijama sputavaju slobode građana i da one više škode blagostanju, nego što ga podstiču. Uzroci i priroda socijalnih problema tumače se pozitivistički, shodno čemu se smatra da pažnju i akcije društva treba usmeriti ka promeni pojedinaca, a samo deklarativno i društva, i to na nižim nivoima.

U ovom režimu obezbeđen je samo osnovni, ali nedovoljan nivo naknada koje se ostvaruju na bazi prethodne provere dohotka i imovine. U svrhu očuvanja i održavanja malog broja korisnika naknada, u ovom sistemu se primenjuju stroga pravila i oštri uslovi za njihovo ostvarivanje, te su one usmerene samo prema onima koji nisu u stanju da rade. Nivo naknada takođe je restriktivan i kreće se oko minimalnog iznosa potrebnog za održavanje života, a ne omogućavanja korisniku da zadrži status koji je prethodno uživao. Nizak nivo naknada podrazumeva postojanje relativno niskih poreskih stopa, dok je segment zaposlene populacije stimulisan poreskim olakšicama da uplaćuje doprinose za privatno socijalno osiguranje, što u krajnjem slučaju vodi i ka njenom stratifikovanju. U ovom modelu, stanovništvo se stimuliše da učestvuje na tržištu rada (Soede i drugi, 2004).

Korporativni model države blagostanja (uglavnom kontinentalne evropske zemlje: Italija, Francuska, Nemačka, Švajcarska, Holandija, Austrija i Belgija) se *karakteriše umerenim nivoom dekomodifikacije*. Projekcija ovog modela u prošlosti bila je da odražava i generiše lojalnost određenih grupa u društvu prema centralnoj državi ili monarhiji, tako da su postojale različite šeme za različite društvene klase i grupacije. Razlike u bogatstvu između društvenih grupa bile su precizno određene, što je obezbeđivalo reprodukovanje i zaštitu individualnog socijalnog položaja, dok su državni činovnici imali povlašćen položaj u šemama socijalnog osiguranja. Budući da je za razvoj ovih sistema veliki značaj imala i katolička crkva, to je on veoma često bio u funkciji jačanja strukture tradicionalne porodice u kojoj nezaposlene žene nisu bile uključene u sistem osiguranja, dok su odredbe o dečjoj i porodičnoj zaštiti bile usmerene na ostanak žene u porodici, uz nedovoljnu razvijenost mreže društvenih ustanova za institucionalno zbrinjavanje dece. U takvim uslovima učešće žena na tržištu rada bilo je veoma malo, njeno mesto je bilo u porodici, čiji su hraniooci bili muškarci.

Nasuprot liberalnom modelu države blagostanje, osnov za ostvarivanje nadoknada u korporativističkom modelu tiče se prethodno uplaćivanih socijalnih doprinosa. Nivo naknada je visok i uopšteno je uslovljen procentom prethodne zarade, čime se takođe ostvaruje zadržavanje korisnikovog prethodnog statusa socijalne sigurnosti. Pošto su različiti segmenti sistema socijalne sigurnosti uglavnom fundirani iz zasebnih izvora, iako podrazumevaju i obuhvataju i element solidarnosti, to je osnovni izvor finansiranja uplata obaveznih doprinosa, koji se mogu smatrati relativno visokim. Istovremeno, dominantnost kolektivnog socijalnog osiguranja podrazumeva ograničenu egzistenciju privatnih fondova osiguranja.

Stratifikacija u korporativističkom modelu teži održavanju tradicionalnih razlika na bazi profesionalnog statusa i pola, koje se prema Esping-Andersenu, tiču razlika između zaposlenih i nezaposlenih, u prvom redu žena, invalida, starih i omladine. U korporativističkom modelu, zbog zahteva sindikata da zaposleni imaju visoke zarade, mogućnosti zapošljavanja za manje produktivnu radnu snagu su male. Stepem *dekomodifikacije* razlikuje se kod onih koji su formalno zaposleni u odnosu na one koji ne rade. Budući da su socijalne naknade dominantno zasnovane na prethodnom zaposlenju, odnosno visini ostvarivanih zarada i dužini zaposlenja, grupacija nezaposlenih ima nizak nivo *dekomodifikacije*, između ostalog i zbog relativno niskih iznosa socijalne pomoći u zemljama ovog modela.

Socijalno-demokratski model države blagostanja (uglavnom skandinavske zemlje: Švedska, Norveška, Danska i Finska, pri čemu se poslednje tri zemlje iz prethodnog modela približavaju ovoj grupi) se *odlikuje visokim stepenom dekomodifikacije*. Cilj ovih režima je postizanje socijalnog obezbeđenja za sve građane, uz konstantno smanjivanje razlika u dohocima i promovisanje jednakosti na najvišem nivou. Zaposlenost je od ključnog značaja u ovom režimu, a ostvarivanje prava u osnovi je uslovljeno korisnikovim šansama na tržištu rada, čime se stanovništvo podstiče da prihvata zaposlenje. Aktivna politika zapošljavanja i razni programi obuke usmereni su na veću motivaciju za rad, kako bi se smanjile razlike na tržištu rada i osiguralo brže zapošljavanje. Država merama porodične politike obezbeđuje uspešno kombinovanje roditeljstva i zaposlenja, dok su žene koje rade podržane mrežom institucija za smeštaj dece i plaćenim odsustvom sa posla.

„Socijalno demokratski režim je univerzalistički, jer je sveukupno stanovništvo pokriveno za iste rizike pod istim uslovima. Ne pravi se razlika između profesionalnih grupa, već su svi obuhvaćeni istom šemom. Uslovi pod kojima se prava ostvaruju, više se baziraju na idealu građanstva, nego na prethodnom zaposlenju korisnika. Budući egalitarističke prirode, ovaj sistem se prevashodno bazira na porezima. Naknade za lica nesposobna za rad mogu biti visoke i dugo isplaćivane. One su uglavnom povezane sa prethodnom zaradom i minimalne naknade su prilično visoke. Kao posledica toga, i poreske stope su visoke, iako su ublažene visokim stopama zaposlenosti. Visoke poreske stope, istovremeno, utiču i na porast potrebe za zapošljavanjem žena, budući da se dovoljan porodični

dohodak može ostvariti samo ukoliko su oba partnera zaposlena. Druga posledica visokih naknada i velikih mogućnosti za ostvarivanje prava u sistemu socijalne sigurnosti je niska zastupljenost privatnih šema“ (Soede i dr, 2004: 23).

U međuvremenu je Esping-Andersenova klasifikacija modela režima blagostanja postala „klasika“ i uzima se kao polazna postavka detaljnijim podelama prema dodatnim kriterijima i analizi sistema socijalne sigurnosti na nacionalnom, regionalnom i međunarodnom nivou.

Biro za socijalno i kulturno planiranje (SCP – Social and Cultural Planning Office) u Hagu se bavio empirijskim proučavanjem tri modela države blagostanja koje je naveo Esping-Andersen. U ovom istraživanju, sprovedenom 2001. godine i objavljenom pod nazivom *On Worlds of Welfare (O svetovima blagostanja)* analizirano je 58 obeležja u 11 država, korišćenjem analize ne-linearne principalne komponente (Wildeboer et al, 2001). Rezultati su potvrdili postojanje tri različita modela države blagostanja: korporativni model (Francuska, Nemačka i Belgija), liberalni model (SAD, Kanada, Ujedinjeno Kraljevstvo i Australija) i socijalno-demokratski model (Švedska, Norveška i Danska). Holandija se pokazala specifičnom, kao zemlja u kojoj postoji kombinacija socijalno-demokratskih i korporativističkih karakteristika. Kao što su pojedini autori (Arts i Gelissen, 2002) uočili, bez obzira na dodavanje novih kriterija klasifikacije, izvesne države se uvek svrstavaju u istu grupu, što važi za svaki od modela države blagostanja i one predstavljaju njihove prototipe.

1.2. Klasifikacije savremenih sistema

Polazeći od opštih karakteristika tri modela države blagostanja i dodatnih kriterija klasifikacije, savremeni modeli sistema socijalne sigurnosti razvrstavaju se u više grupa. Israživanja SCP pokazuju da se „Esping-Andersenov liberalni model može uporediti sa anglo-saksonskim modelom kod Leibfrieda, liberalnim modelom kod Castlesa i Mitchella, anglo-saksonskim modelom kod Ferrera i osnovnim modelom sigurnosti kod Korpija i Palme. Svi autori smatraju Sjedinjene Američke Države tipičnim predstavnikom ovog 'liberalnog' modela. Dok Esping-Andersen smatra da su osnovne dimenzije države blagostanja dekomodifikacija i stratifikacija, Leibfried koristi socijalno osiguranje i politike usmerene prema podsticanju pomoći siromašnima kao dva glavna kriterija klasifikacije. On karakteriše anglo-saksonski tip kao model države blagostanja koji samo daje kompenzacije kao poslednje utočište. Osnovni fokus ovog modela države blagostanja je podsticanje zapošljavanja u tržišnom sektoru. Ostale tipične karakteristike su niski socijalni transferi (Castles i Mitchell), malobrojni instrumenti u socijalnoj politici za postizanje jednakosti (Castles i Mitchell), niske naknade jednakog iznosa za sve (Korpi i Palme) i socijalna pomoć strogo uslovljena proverom prihoda i imovine (Ferrera)“ (Soede i dr, 2004: 25).

Pregled tipologija država blagostanja

Liberalni režimi (SAD)	Korporativni režimi (Nemačka)	Socijalno-demokratski režimi (Švedska, Norveška)	Mediteranski režimi (Španija, Portugalija, Grčka, Italija)
<i>Esping-Andersen (1990)</i>			
Liberalni Nizak nivo dekomodifikacije; diferencijacija blagostanja uslovljena tržištem	Korporativni Umeren nivo dekomodifikacije; socijalne naknade uglavnom zavise od prethodnih doprinosa i statusa	Socijalno-demokratski Visok nivo dekomodifikacije; univerzalne naknade i visok nivo jednakosti naknada	
<i>Leibfried (1992)</i>			
Anglo-saksonski Pravo na transfer dohotka; država blagostanja je kompenzacija za poslednju utehu, koja snažno podržava zapošljavanje	Bizmarkov Pravo na socijalnu sigurnost; država blagostanja je kompenzacija za prve nedaće i istovremeno je poslodavac u krajnjoj instanci	Skandinavski Pravo na rad za sve; univerzalizam; država blagostanja je poslodavac kod nastanka prvog socijalnog slučaja i kompenzacija za poslednju utehu	Latinski Proklamovano pravo na rad i blagostanje; država blagostanja je polu-institucionalizovano obećanje
<i>Castles i Mitchell (1993)</i>			
Liberalni Niski socijalni izdaci; nisu usvojeni instrumenti za postizanje jednakosti u socijalnoj politici	Konzervativni Visoki socijalni izdaci, ali nizak stepen usvojenosti instrumenata za postizanje jednakosti u socijalnoj politici	Hegemonija bez prava Visoka socijalna izdvajanja i visoka upotreba instrumenata za postizanje jednakosti u socijalnoj politici	Radikalni* Postizanje jednakosti u dohocima pre oporezivanja i pre transfera, ali niska socijalna izdvajanja
<i>Ferrera (1996)</i>			
Anglo saksonski Država blagostanja obuhvata relativno veliki segment stanovništva; socijalna pomoć uz proveru prihoda i imovine; mešoviti sistem finansiranja; visoko integrisan organizacioni okvir kojim potpuno upravlja javna administracija	Bizmarkov Snažna veza između pozicije na tržištu rada i socijalnih prava; naknade su proporcionalne dohotku; finansiranje posredstvom doprinosa; relativno visoke naknade u sistemu socijalne pomoći; socijalnim osiguranjem uglavnom rukovode sindikati i organizacije poslodavaca	Skandinavski Socijalna zaštita kao građansko pravo; univerzalni obuhvat; relativno doređive fiksne naknade za različite rizike; finansiranje uglavnom posredstvom poreza; snažna organizaciona integracija	Mediteranski Fragmentiran sistem dohodovnih garancija povezan sa pozicijom na tržištu rada; velikodušne naknade bez artikulisanog neto minimuma socijalne zaštite; zdravstvena zaštita kao pravo građana; partikularizam u plaćanjima novčanih naknada i finansiranju
<i>Korpi i Palme (1998)</i>			
Bazična sigurnost Ostvarivanje prava na bazi državljanstva; primena principa iznosa jednakih naknada	Korporativni Ostvarivanje prava na bazi profesije i pozicije na tržištu rada; upotreba principa naknada uslovljenih zaradama	Obuhvatni Ostvarivanje prava na bazi državljanstva i doprinosa; upotreba principa naknada uslovljenih zaradama i jednakih iznosa naknada	Ciljani* Ostvarivanje prava na bazi dokazanih potreba; upotreba principa minimalnih naknada

* Radikalni režimi (Australija). Izvor: Arts i Gelissen, 2002.

U svim klasifikacijama socijalnih režima (države blagostanja), Nemačka se uzima kao predstavnik „korporativnog“ modela, pri čemu se nazivi kod pojedinih autora kreću od „Bizmarkovog“ do „naprednog hrišćansko-demokratskog“ modela. Jaka veza između pozicije na tržištu rada, ograničena upotreba instrumenata za postizanje jednakosti u društvu, visok nivo doprinosa za socijalno osiguranje, ostvarivanje prava na bazi zaposlenosti, nisko učešće žena na tržištu rada, su odlike koje navodi i Esping-Andersen u svojoj klasifikaciji i one predstavljaju osnovne karakteristike ovog modela. Socijalno-demokratski model se karakteriše visokom stopom zaposlenosti, univerzalnim pravima na bazi statusa državljanstva i jakom usmerenošću na jednakost. Pored toga, i socijalni transferi su visoki, a kod svih autora se Švedska i Norveška uzimaju kao predstavnici ovog modela.

Uvođenje četvrtog modela države (Leibfreid, Ferrera), *mediteranskog ili južnog*, predstavlja novinu u klasifikaciji savremenih sistema socijalne sigurnosti, a kao njeni predstavnici navode se Španija, Portugalija, Grčka i Italija. Osnovne karakteristike sistema u „južnim državama“ tiču se fragmentiranog i korporativnog modela održavanja prihoda koji obezbeđuje visoke penzijske naknade, za razliku od malog obuhvata stanovništva socijalnom zaštitom i nepostojanja garancije minimalnih dohodaka u nekim državama. Mediteranski model se takođe odlikuje niskom angažovanošću države u sferi socijalne sigurnosti uopšte, kao i izuzetno nejasnim odnosom javnih i ne-javnih aktera i institucija. Formiranje paternalističkih šema za selektivnu distribuciju novčanih naknada, prema nekim autorima (Ferrera) predstavlja takođe važnu odliku ovog modela, koji u sferi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja napušta korporativnu tradiciju.

U poređenju sa osnovnim modelima (liberalni, socijal-demokratski, korporativni) južni model je bliži korporativnom, jer se skoro svi segmenti sistema socijalne sigurnosti baziraju na zaposlenosti i uplati doprinosa. U njima takođe postoje različite šeme za zaposlene u privatnom sektoru, državne službenike i lica koja obavljaju samostalne delatnosti. Ova karakteristika najizraženija je u Italiji i Grčkoj, kao i Portugaliji, ali u manjem obimu. Prva značajna razlika u odnosu na korporativni model je „polarizovan“ karakter sistema zaštite dohotka, dok se penzijsko osiguranje može smatrati darežljivim za zaposlene na zvaničnom tržištu rada, naknade u sistemu osiguranja za nezaposlene i za socijalnu pomoć su izuzetno niske ili uopšte i ne postoje. Polarizacija je vidljiva kod odlično zaštićenih korisnika, poput: zaposlenih, državnih službenika i vlasnika privatnih firmi i velikog broja građana koji su nedovoljno zaštićeni i koji dobijaju niske naknade. Za sigurnost porodice veoma je važno da jedan njen član bude uključen u krug „privilegovanih“ korisnika, jer porodica u mediteranskim zemljama predstavlja veoma važan faktor redistribucije dohodaka.

Modeli sistema zemalja u tranziciji prema svojim osnovnim karakteristikama, reformskim zahvatima u naporima da se približe zemljama Evropske unije, svrstavaju se u posebnu grupu. U vreme konstituisanja klasifikacije Esping-Andersena

1990. godine, nisu proučavane zemlje bivšeg komunističkog bloka, od kojih je osam 1. maja 2004. godine pristupilo Evropskoj uniji (Poljska, Mađarska, Češka, Slovačka, Slovenija, Estonija, Litvanija i Letonija) zajedno sa Kiprom i Maltom. Populacija novih država članica predstavlja oko 16% sveukupnog stanovništva proširene Evropske unije, a institucije ovih zemalja podvrgnute su suštinskim izmenama. Prve godine tranzicije pratila je kriza, sa visokom stopom inflacije, masovnim gubitkom radnih mesta i siromaštvom. U većini ovih država, preduzete su mere za prilagođavanje sistema socijalne sigurnosti novim uslovima, liberalizovane su odredbe u sistemu penzijskog osiguranja, ustanovljene su nove forme porodičnih naknada u svrhu ublažavanja efekata inflacije i doneti programi zaštite nezaposlenih i siromašnih.

„Ekonomska transformacija i izgradnja tržišnog privređivanja, podrazumevali su ukidanje principa pune zaposlenosti, kao i fiksnih cena za izvesne robe, što je imalo posledice na socijalnu sigurnost građana, dok su nezaposlenost i siromaštvo nezadrživo rasli. Potreba za konstituisanjem novih sistema, koji bi se suočili sa ovim problemima nije mogla biti zadovoljena sve do postizanja izvesne ekonomske stabilnosti u drugoj polovini 1990-ih. Budući da je ova problematika vrlo kompleksna, pokazalo se da je reformu teško sprovesti. Naročito je to bio slučaj sa transformacijom penzijskog osiguranja, koja je podrazumevala sukob između liberalno orijentisanih stručnjaka i onih koji podržavaju stari koncept tradicionalnog socijalnog osiguranja. U Mađarskoj i Poljskoj, gde je preovladala liberalna strana, realizovana je i privatizacija penzija. Nasuprot velikim potresima i suštinskim izmenama u sistemu penzija, vrlo malo je urađeno na reformi invalidskog osiguranja“ (Soede i dr, 2004: 27).

Reformisanje penzijskog sistema u zemljama u tranziciji (Fultz, 2002) bilo je usmereno na promovisanje individualizovanije naknade i nastojanja da porodične naknade budu usmerene prema onima kojima su zaista i najpotrebnije, odnosno prema najsiromašnijima. U međuvremenu su u Mađarskoj, Poljskoj, Češkoj i Slovačkoj, izgrađeni „mešoviti“ institucionalni aranžmani, koji odražavaju kompromis između liberalno-rezidualnog i korporativnog modela države blagostanja. Na taj način je uspostavljena bolja veza između dohotka, doprinosa i naknada u socijalnom osiguranju za nezaposlene, kao i u invalidskom, penzijskom i zdravstvenom osiguranju. Reformama koje su u međuvremenu sprovedene unapređen je princip ekvivalentnosti i reprodukovano korisnikov prethodni nivo socijalne sigurnosti, što je karakteristično za korporativni model. Pod uticajem Svetske banke, penzijske reforme se bile liberalne, budući da je u većini država uveden i privatni segment penzijskog osiguranja, u kojima je nivo penzijske naknade uslovljen isključivo uplatom doprinosa.

2. Evropski socijalni model(i)

U poređenju sa drugim regionima u svetu, socijalno-politička praksa u Evropi ima dugu tradiciju i vekovno iskustvo. Zasnovani na konceptu države blagostanja i socijalne države, sistemi javnog osiguranja pokrivaju osnovne socijalne rizike, sa elementima preraspodele i solidarnosti. Kriza sistema i zahtevi koji se tiču funkcionisanja jedinstvenog tržišta, usloveli su promene u pravcu modernizacije socijalne zaštite, sve izraženije konvergencije nacionalnih sistema i izgradnje „evropskog socijalnog modela“. Otvoreni metod koordinacije (Lisabon, 2000) obezbedio je intenziviranje procesa međusobne saradnje i transfera pozitivne prakse, što se može tumačiti kao kompromis između logike integracije i proste saradnje. U isto vreme u javnosti i stručnim raspravama se sve više govori o evropskom modelu koji objedinjuje nacionalne specifičnosti i razlike u poređenju sa sistemima drugih država i regiona.

Aktuelne rasprave o evropskom socijalnom modelu (modelima) usmerene su na sagledavanje izazova globalnih promena, kreiranje aktivne socijalne politike, povećanje efikasnosti i efektivnosti važećih sistema, promovisanje održivog razvoja i jačanje socijalne kohezije. U političkom životu, stručnoj i akademskoj javnosti sam koncept evropskog socijalnog modela ostao je nedovoljno definisan i u izvesnoj meri protivurečan. Otuda se njime u najširem smislu označava specifičnost javnih intervencija u evropskim zemljama, sa slabo definisanim normativnim okvirom koji se tiče konvergencije i koordinacije nacionalnih sistema. Kao „politički projekat“ izgradnje zajedničkog identiteta, evropski socijalni model se realizuje preko značajnog dela programa i projekata EU u okviru kojih je postignut dogovor država članica o sprovođenju posebnih procesa i mera radi postizanja specifičnih ciljeva na pojedinim područjima.

Evropski socijalni model postao je veoma popularan u socijalno-političkoj literaturi i svakodnevnom političkom životu, pri čemu se sreću različita pojmovna određenja i njegov sadržaj.¹ Za neke on predstavlja osnov evropskog identiteta u poređenju sa ostalim industrijski razvijenim zemljama, dok se u stručnoj literaturi najčešće vezuje za specifičnost socijalnog razvoja zapadno-evropskih zemalja, odnosno normativni aspekt socijalne delatnosti Evropske unije. Jedan deo istraživača smatra da još uvek postoje velike razlike između nacionalnih sistema socijalne sigurnosti na evropskom prostoru, pa se otuda ne može govoriti o jednom soci-

¹ Uvođenje pojma „evropski socijalni model“ u politički vokabular EU vezuje se za ime bivšeg predsednika Evropske komisije Žaka Delora koji je sredinom 1990-ih godina njime označio razliku između ekonomskog i socijalnog sistema Evrope i SAD.

jalnom modelu, već o socijalnim modelima (Castles/Mitchell, 1993). Sa druge strane navode se argumenti da zapadnoevropska društva, odnosno najveći broj njih, odlikuju zajedničke karakteristike države blagostanja, pa je otuda sasvim „legitimno“ govoriti o evropskom socijalnom modelu.

Evropski socijalni modeli

	Skandinavski model	Anglo-saksonski model	Kontinentalni model	Južno-evropski model
Tip	Usmeren ka punoj zaposlenosti; država blagostanja je, pre svega poslodavac, a u krajnjoj instanci isplati-lac naknada	Usmeren ka ekonomskom rastu; država blagostanja je, na poslednjem mestu, isplati-lac naknada, a fokus je striktno na zapošljavanju	Usmeren ka ekonomskom rastu; država blagostanja je, pre svega, isplati-lac naknada, a na poslednjem mestu je poslodavac	Ekonomski usmeren ka dostizanju severnih država; država blagostanja je samo polu-institucionalizovano obećanje
Pravo na	Rad	Transfer dohotka	Socijalnu sigurnost	Rad i socijalnu sigurnost (delimično implementirano)
Primarnu odgovornost ima	Država	Država	Tržište rada	Porodica i crkva
Solidarnost na bazi	Društva	Pojedinca (nema solidarnosti)	Ekonomskog sektora	Porodice
Redistributivni efekat	Veliki	Prosečan	Ograničen	Ograničen
Podrška (reintegracija i sl)	Velika	Ograničena	Prosečna	Ograničena
Nivo naknada	Prosečan / Visok	Prosečan / Visok	Diferenciran	Nizak
Opseg	Svi građani	Svi građani	Zaposleni	Siromašni
Cilj	Garancija socijalne zaštite	Garancija socijalne zaštite	Zadržavanje dohotka	Borba protiv siromaštva
Finansiranje	Porezi	Porezi	Doprinosi	Doprinosi i ostali izvori (crkva, itd.)
Finansijska nezavisnost u odnosu na tržište rada	Visoka	Niska	Prosečna	Visoka
Administracija	Sindikati / centralna	Centralna / državna	Privatna	Privatna

Izvor: Delsen, Van Gestel i Pennings, 2000.

Socijalni model se prema mišljenju Hartmunda Kaelblea pojavljuje u „tri značenja“. „Prvo najšire značenje podrazumeva današnje društvene posebnosti

Evrope, naročiti put EZ u moderno doba (...). Ovo široko shvatanje evropskog socijalnog modela obuhvata kako evropsku porodicu tako i evropski rad, evropsku potrošnju kao i evropske vrednosti, evropsku državu blagostanja, kao i evropsku kulturu menadžmenta, evropski grad, kao i evropsko obrazovanje. O evropskom socijalnom modelu (ESM) u ovom širokom smislu, možda ne uvek pod ovim imenom, u savremeno doba postoji već duga debata među Evropljanima koja se odvijala u talasima, nekad manje, nekad više intenzivno...

Drugo, evropski socijalni model se, u užem smislu, odnosi na evropsku politiku stvaranja radnih mesta, socijalnu sigurnost, socijalne preraspodele, politike koja je posvećena principima socijalne pravde. Pritom se ne misli samo na politiku nacionalnih Vlada u Evropi nego često i na politiku Evropske unije. Ovo shvatanje evropskog socijalnog modela prisutno je tek u najskorije vreme, zato što EU tek od 1990-ih godina raspolaže dovoljno širokim kompetencijama. Nova važna tema je kako stvoriti više radnih mesta, reformisati evropske države blagostanja i postići više socijalne pravde...

Treće, pod evropskim socijalnim modelom se u najužem smislu podrazumevaju posebnosti evropske države blagostanja koja pruža socijalnu sigurnost u slučaju bolesti, siromaštva u starosti, invalidnosti i nezaposlenosti, kao i osnovne sigurnosti u stanovanju i obrazovanju. I u ovom shvatanju važnu ulogu ima politika Evropske unije i pored toga što se po pravilu prvo misli na nacionalne države blagostanja.

Ova tri aspekta ne podrazumevaju opcije koje se međusobno isključuju i između kojih se mora birati. Različita značenja evropskog socijalnog modela se međusobno dopunjuju i uslovljavaju“ (Kaelble, 2004: 31–32).

U razmatranju razvoja socijalne politike Evropske unije u pravcu konstituisanja evropskog socijalnog modela, Bernd Schulte ukazuje na njegovu istorijsku, ekonomsku, društveno-političku, kulturnu, pravnu, međunarodnu i druge dimenzije. Otuda sam pojam, prema mišljenju ovog autora, u širem smislu podrazumeva norme socijalne politike u evropskom „primarnom“ i „sekundarnom“ pravu. U procesu napretka evropske integracije od ekonomske preko političke, socijalna dimenzija dobija na značaju, i pored toga što je prvobitno bila samo dodatak privrednim ciljevima i politici.

Specifični elementi evropske države blagostanja i socijalne države koji Evropi daju tzv. socijalni kvalitet i obrazuju „evropski socijalni model“ su:

- „državni sistem koji se bazira na demokratskoj osnovi (*parlamentarna demokratija*)
- privredni sistem zasnovan na *privatnom vlasništvu* sredstava proizvodnje koji je usmeren na tržište (*tržišna privreda*)
- široka lepeza uslužnih delatnosti i pomoći koje su privatne i neformalne, jer se sprovode u porodicama i tradicionalno pre svega od strane žena (koje

su akterke „skrivenih države blagostanja“) to su *porodične i neformalne vrste blagostanja*

- široko polje *društveno-političkih* aktivnosti koje služe *smanjenju diskriminacije, podsticanju jednakih šansi* i stvaranju *mogućnosti razvoja za svakoga*, naročito putem obrazovanja, stručnog usavršavanja, kao i sveopšta integracija građana u društvu i njegove pojedine oblasti (*inkluzija – socijalna uključenost*)
- *državni ciljevi* koji su usmereni na *dobrobit* građana (*socijalno blagostanje*)
- razgranat, na principu solidarnosti baziran *sistem socijalne sigurnosti*, odnosno, preciznije rečeno socijalne zaštite, čiji je cilj prevencija u slučaju nastupanja socijalnih rizika prilikom kojih ima kompenzirajuću ili ulogu rehabilitacije (*socijalna sigurnost i druge vrste socijalne zaštite*)
- *pravni sistem* koji ne samo da je pravni okvir nego propisuje i *učešće* građana u socijalnim merama i doprinosima na osnovu prava, što je merodavno individualnim pravnim zahtevima (*vladavina prava*) (Schulte, 2004: 78–79).

I pored svih razlika između nacionalnih sistema na prostoru država članica Evropske unije (i šire) postoje zajednički elementi koji se tiču međusobnog uticaja ekonomske i socijalne politike i širok spektar normi kojima su definisani ciljevi politike na nivou Unije. „Evropski socijalni model opisuje ukupnost državnih i civilno-društvenih akcija, koje su usmerene na to da svim građankama i građanima obezbedi zadovoljenje (osnovnih) materijalnih potreba, društveno učešće i socijalni sklad“ (Witte, 2004: 204). Navedeni ciljevi nisu međusobno isključivi, jer materijalno blagostanje predstavlja osnov društvene angažovanosti i socijalne kohezije, što se, posmatrano na nacionalnom nivou, postiže u okviru važećih „socijalnih režima“.

U poređenju sa drugim zemaljama evidentne su „evropske specifičnosti“ koje se tiču duge tradicije u razvoju javnog sistema socijalnog osiguranja. Nasuprot tome u SAD i Japanu, socijalne reforme su otpočele tek 1930 i 1940-ih godina i to pre svega kao rezultat Velike ekonomske krize i II svetskog rata. Državno socijalno osiguranje u Evropi je veoma razvijeno i pokriva četiri glavna individualna rizika: siromaštvo u starosti, bolest, invalidnost i nezaposlenost, što predstavlja gotovo opšti standard i pored raznolikosti u regulisanju između pojedinih država. Razvoju evropske države blagostanja doprinelo je i normativno uređenje prava u okviru javnog sistema, kao i činjenica da su socijalna prava garantovana ustavima, pri čemu se veoma često ističe „socijalna država“ kao značajna komponenta društvenog uređenja.

Razvoj socijalne funkcije države doprineo je jačanju njene legitimnosti u razvoju nacionalne solidarnosti između „mladih i starih, zdravih i bolesnih, zaposlenih

i nezaposlenih. Ova solidarnost koju je nacionalna država blagostanja obezbeđivala i osiguravala bila je odlučujući razlog za to da države prebrode duboku krizu u koju su upale zbog ratova, okupacija, moralnih opterećenja ratnim zločinima i genocida. Država blagostanja je diskreditovane nacionalne države u Evropi u drugoj polovini XX veka, stabilizovala na način koji je bilo teško zamisliti pola veka ranije. Time se istovremeno promenio odnos između Evropljana i nacionalne države. Novi odnos se nije više primarno zasnivao na nacionalnoj lojalnosti s obzirom na spoljnog neprijatelja koja je krunisana umiranjem za naciju, već povezanošću sa državom putem materijalnih dužnosti i prava“ (Kaelble, 2004: 40).

Posebna specifičnost evropskog socijalnog modela tiče se transnacionalnog karaktera evropske države blagostanja, pa se otuda vode međunarodne debate o karakteru sistema, ciljevima, elementima krize i pravcima reformi. O konceptu i politikama javnog socijalnog osiguranja raspravljaju stručnjaci, političari, birokrate, kao i predstavnici civilnog društva. Neka pitanja se uređuju u okviru bilateralnih ugovora i međunarodnih dogovora, konvencija i povelja. Najzad, neki elementi zajedničke socijalne politike u Evropskoj uniji doprineli su zajedničkom regulisanju na nadnacionalnom (supranacionalnom) nivou.

2.1. Duga tradicija razvoja

Istorijski razvoj socijalno-političke aktivnosti u Evropi odvijao se u više faza: „1. komunalne socijalne reforme i prosvetiteljstvo; 2. industrijalizacija i državna socijalna politika; 3. moderna država blagostanja i 4. period transformacija“ (Schulte, 2004: 84). Pružanje pomoći siromašnima na lokalnom (komunalnom) nivou bilo je uslovljeno masovnim siromaštvom usled bolesti, epidemija, ratova i gladi, dok se ostvarivanje pojedinih prava u okviru javnog sistema vezivalo za obaveze rada sposobnog dela stanovništva. Značajan deo pomoći ostvarivao se aktivnošću crkve i milosrđem bogatih, a kasnije preko udruženja trgovaca i zanatlija. Sa stanovišta opšteg stanja u Evropi ovu fazu karakteriše raznolikost unutar država i između njih.

Period ubrzane industrijalizacije u Evropi i promene nastale masovnim seljenjem stanovništva u potrazi za poslom, zahtevale su veću intervenciju države u cilju osiguranja osnovnih rizika. Krajem XIX veka počinje era zakonskog uređenja prava zaposlenih u pojedinim granama, koje se kasnije proširilo na službenike, državne činovnike i zemljoradnike. U isto vreme odvija se proces transformacije velikih porodica i gubljenje njene tradicionalne socijalno-zaštitne funkcije. Zaposlenost se vezuje za osamostaljivanje i preuzimanje lične odgovornosti za obezbeđenje rizika u slučaju bolesti, starosti, nezaposlenosti i siromaštva. Uređenje sistema javnog osiguranja odvijalo se različitom dinamikom u pojedinim evropskim zemljama, postepenim uvođenjem socijalnog osiguranja po osnovu

rada.² Novi koncept državnog osiguranja počinje da se širi, u procesu razmene iskustava između stručnjaka i posebnih komisija, na kongresima i službenim posetama. Period saradnje između dva svetska rata praćen je takođe rivalstvom država, što se reflektuje na sve izraženije razlike između nacionalnih modela, odnosno sistema pojedinih grupa zemalja.

Izgradnja modernih država blagostanja počinje nakon II svetskog rata. Javni sistem socijalne sigurnosti dobija nove dimenzije, a time dolazi do suštinskih promena uloga osnovnih nosilaca socijalne politike. Mere državne intervencije usmerene su na čitavo stanovništvo, a ne samo na pojedine grupe. Obezbeđenje minimuma socijalne sigurnosti predstavlja pravo svih građana, dok se krug korisnika prava po osnovu socijalnog osiguranja u najvećem broju evropskih zemalja postepeno širi. Razvoj države blagostanja praćen je „kejnzijskim optimizmom“ na Zapadu, dok se socijalna država na Istoku razvijala u okviru planske privrede. To dovodi do jačanja konvergencije između nacionalnih sistema i rasta socijalnih izdataka (Tomka, 2004). U tom periodu izvršene su značajne reforme penzijskog osiguranja i razvijen sistem osiguranja za slučaj nezaposlenosti u gotovo svim evropskim zemljama. Važni reformski procesi odvijali su se uz konsenzus svih političkih aktera, levih i konzervativnih partija u Evropi.

Ovu fazu razvoja socijalne sigurnosti karakteriše takođe izgradnja sistema na elementima koji će kasnije biti osnova za kritiku države blagostanja i radikalne reforme. To se pre svega odnosi na prava po osnovu kontinuirane zaposlenosti, prekidane kratkotrajnom nezaposlenošću i brzim vraćanjem u svet rada. U isto vreme država se oslanjala na porodicu u kojoj su žene obavljale najveći deo poslova oko podizanja dece i nege članova porodice. Vremenom su takođe rasla očekivanja građana od države, a time i njena legitimnost u obezbeđenju sredstava porezima i doprinosima. Visoka stopa privrednog rasta i gotovo puna zaposlenost obezbeđivale su dovoljan prihod sredstava u fondove osiguranja i budžet u periodu između 1950. i 1960. godine u najvećem broju zapadnoevropskih država. Nasuprot ranijem rivalstvu u ovom periodu je razvijana međusobna saradnja, dok su se elementi suprotstavljenih stavova sve više okretali socijalističkim zemljama na Istoku.

Period prosperiteta i optimizma u procesu jačanja evropskih integracija, promenjen je recesijom 1970-ih godina koja je imala značajne posledice na socijalnom planu. Ovu fazu razvoja „evropskog socijalnog modela“ karakterišu sve izraženije kritike države blagostanja, odustajanje od postavljenih ciljeva i reformisanje socijalnih sistema. „Nekoliko nepovoljnih faktora dovelo je do kraja procvata države

² Obavezno penzijsko osiguranje industrijskih radnika uvedeno je u Nemačkoj u periodu „Bizmarkovih reformi (1883–1889) i danas je razvijeno u kontinentalnim i evropskim zemljama (Nemačka, Francuska, Austrija, Belgija, Italija, Španija, Mađarska). U Danskoj su 1891. godine udareni temelji dobrovoljnom osiguranju koji je u periodu razvoja „države blagostanja“ prihvaćen u Velikoj Britaniji, nordijskim (Švedska, Finska, Danska, Norveška) i anglo-američkim državama (Velika Britanija, Irska, Australija, Kanada, Novi Zeland).

blagostanja i sve veće kritike: završilo se vreme privrednog prosperiteta – *'trente glorieuses'*; evropsku državu blagostanja masovno je opteretio niski privredni rast povezan prvo sa inflacijom, a kasnije sa visokom stopom nezaposlenosti; sve niža stopa nataliteta i rastući udeo starih u stanovništvu; pooštrena globalna konkurencija sa panevropskim industrijskim zemljama, koje su praktično opstajale bez države blagostanja; i konačno kriza države blagostanja i poverenja Evropljana u državnu upravu“ (Kaelble, 2004: 35). U takvim uslovima kritike države blagostanja kretale su se od neoliberalnih stavova o posledicama na polju produktivnosti, preko upozorenja koja su se ticala preteranog birokratskog aparata, do prigovora njenih pristalica na konkurentnost države blagostanja i finansijska ograničenja.

Vremenom se pokazalo da kritike nisu bez osnova i da je potrebno prilagoditi važeće sisteme socijalne sigurnosti novim uslovima. Ranije kreirana socijalna država nije mogla da se izbori sa sve značajnijim problemima na tržištu rada, novim, siromaštvom, ugroženim porodicama sa jednim roditeljem, dugotrajno nezaposlenima, socijalnim problemima migranata, itd. Promene su takođe postale vidljivije i na polju sve izraženijih socijalnih razlika koje su u periodu prosperiteta bile ublažene modernom državom blagostanja. U Istočnoj Evropi 1990-ih godina dolazi do kolapsa ranije važećeg sistema socijalne sigurnosti i početka tranzicionog perioda koji je bio praćen izrazitim socijalnim problemima. U takvim uslovima država blagostanja je reformisana, ali i pored svih izazova nije potpuno nestala. Državni sistem socijalnog osiguranja „dopunjen“ je privatnim, borba protiv nejednakosti i za socijalnu pravdu izgubila je na aktuelnosti. Novi ciljevi usmereni su na: stvaranje radnih mesta, kvalitetnije obrazovanje, ravnopravnost među polovima, intergeneracijsku jednakost i međugeneracijsku solidarnost.

2.2. Aktuelne promene i izazovi

Istorijski razvoj socijalne države u Evropi, dosadašnji proces integracije u okviru Evropske unije, raznolikost u poređenju sa sistemima drugih regiona i kretanja na globalnom planu, ukazuju da se evropski socijalni model gradi, uprkos velikim nacionalnim kompetencijama u uređenju socijalne sigurnosti. Tome su u velikoj meri doprinele promene koje se tiču delovanja evropskog tržišta rada u okviru zemalja članica EU (i šire); ekonomski razvoj koji u uslovima globalizacije nameće potrebu promena ranije koncipiranih sistema i njihovu modernizaciju i jačanje civilnog društva. Otuda se sve više govori o potrebi kreiranja socijalnog modela koji će odgovarati realnim promenama u Evropskoj uniji, jačanju njene nadležnosti u oblasti socijalne politike i potrebi da se ispravi dosadašnja praksa u okviru koje se ona posmatrala kao „pastorče“ integracionih procesa.

Evropski socijalni model se početkom XXI veka našao pred izazovima: globalizacije i povećane konkurentnosti; novih trendova uticaja ekonomije za-

snovane na znanju; demografskih promena; disproporcionalnog rasta socijalnih izdataka; i socijalnih problema u državama članicama EU, kao što su visoka nezaposlenost, veliki fiskalni deficiti, rastuća zaduženost pojedinih zemalja, itd. Efekti globalizacije u uslovima liberalizacije svetskog tržišta dovode do sve veće konkurentnosti, dok informatička revolucija zahteva razvoj ekonomije koja svoju komparativnu prednost zasniva na znanju. Rast socijalnih izdataka (koji u većini evropskih zemalja pokrivaju troškove naknada nezaposlenima, deci, zdravstvenu zaštitu, penzije i socijalnu pomoć) utiče negativno na fiskalni deficit, što u nekim slučajevima zahteva stalno zaduživanje.

Reforme „socijalne države“ u Evropi posebno su intenzivirane opštim ekonomsko-socijalnim promenama, koje se odvijaju pod sve značajnijim uticajem globalizacije i krizom važećih sistema socijalne sigurnosti. To se pre svega tiče finansijskih opterećenja, demografskih promena i problema na tržištu rada u ekonomski nepovoljnim uslovima. „Evropeizacija“ sistema doprinela je slabljenju tradicionalnih izvora i struktura finansiranja, što se odrazilo na uvođenje mešovitog sistema javnog i privatnog osiguranja i prilagođavanje promenama na tržištu rada i nove oblike zaposlenosti. Otuda se u koncipiranju „aktivne socijalne politike“ sve više govori o jačanju lične odgovornosti, smanjenju uloge države i većoj ulozi tržišta, liberalizaciji, deregulaciji, privatizaciji, itd.

Aktuelni izazovi evropskom konceptu države blagostanja najčešće se vezuju za *demografske promene* u starosnoj strukturi stanovništva, koje predstavljaju zajedničku karakteristiku industrijski najrazvijenijih zemalja. Opšte demografske trendove u evropskim zemljama karakteriše usporavanje rasta ukupne populacije i sve izraženije starenje stanovništva. Transformacija starosne piramide uočena je sredinom prošlog veka, da bi danas njeni efekti dobili zabrinjavajuće razmere. Osnovni faktori promena sadržani su u smanjenju stope nataliteta i produženju prosečnog životnog veka, što se reflektuje na poremećaje između pojedinih starosnih grupa i odnos radno aktivnog i izdržavanog dela populacije.

Promene u demografskoj strukturi direktno se odražavaju na probleme u funkcionisanju penzijskog, zdravstvenog i drugih vidova osiguranja i socijalne zaštite. Suočene sa izazovima starenja države članice Evropske unije razvile su čitav spektar mera i aktivnosti u pravcu predupređenja socijalno-ekonomskih posledica i koncipiranja finansijski održivog sistema. Cilj kreirane politike je „korišćenje punih potencijala ljudi svih starosnih grupa“ i „aktivna starost“, čije su najznačajnije komponente: doživotno učenje, produženje radnog veka, kasniji i postepen odlazak u penziju, aktivan život u penziji, kao i medicinske i druge mere. Na tim osnovama trebalo bi podići kvalitet života starih, smanjiti njihovu zavisnost i obezbediti sredstva za pokrivanje troškova zdravstvene i drugih oblika zaštite. Strategijskim pravcima reformi predviđeno je prilagođavanje na činjenicu da će radno sposobno stanovništvo biti sve starije, sigurnost prikladne, trajne i prilagodljive penzije i pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti u okviru finansijski

stabilnog zdravstvenog sistema. Održavanje privrednog rasta i solidarnost javnog budžeta, vezuje se za uticaj starenja stanovništva na penzijske fondove i povećana izdvajanja u sistemu penzijskog osiguranja, zdravstvene zaštite i nege starih, što se odražava na rast budžetskih (javnih) izdataka.

Ekonomski izazov evropskom socijalnom modelu vidljiv je pre svega u činjenici da finansiranje sistema zavisi od produktivnosti i privrednog rasta, u uslovima usporenog ekonomskog napretka i promena na tržištu rada. „Značajan broj ekonomista – u SAD ali i u okviru OECD-a, smatraju da je evropski socijalni sistem odgovoran za pogoršanje stanja u Evropi: u globalnom društvu smanjuju se mogućnosti za velike socijalne izdatke, socijalne troškove i regulisanje konkurentskih mogućnosti. Indikator mere državne intervencije čini stopa državnih izdataka koja u SAD iznosi 35%, Japanu 38% i u Evropi 48%. Ona je u Evropi 2005. godine isto tako visoka kao 1995. godine (oko 48%), stopa doprinosa je u 2005. čak veća nego u 1995. godini (45% prema 43%). Isto tako javni troškovi (izdaci) u 2002. godini, poslednjoj godini za koju postoje podaci, od 27% veći su nego u 1990 (24%)“ (Aiginger, 2006: 3).

Prigovor o velikom opterećenju socijalnim izdacima u Evropi i preteranoj regulaciji, nije bez osnova, što ne znači da je to ujedno i osnovni uzrok ekonomskih poteškoća i recept za pronalaženje rešenja. Empirijska istraživanja pokazuju da na rast i zaposlenost negativno utiču preterana opterećenja privrede i regulacija tržišta, ali je to manje izraženo u odnosu na uticaj „investicija u budućnost – istraživanje, obrazovanje i modernu infrastrukturu“. Iskustvo pojedinih evropskih zemalja (skandinavske) pokazuje da se rast može ostvariti dobrom kombinacijom ekonomskih i socijalnih faktora.

Švedska, Danska i Finska u poslednjih godina ostvaruju najbolje rezultate na polju rasta, visoke zaposlenosti i niske stope nezaposlenosti. Sve tri zemlje u isto vreme imaju razvijen sistem socijalne sigurnosti i kreiraju svoju ekonomsku politiku u saradnji sa socijalnim partnerima i ekspertima. Sve tri zemlje, posle jednog perioda krize 1990-ih godina, danas karakteriše brz privredni rast, visoka stopa zaposlenosti i posebno značajne promene na polju zastupljenosti žena na tržištu rada. Sve to, nasuprot kritičarima države blagostanja, nije postignuto njenom „razgradnjom“ već dobrom usklađenošću ekonomskih i socijalnih programa reformi (Aiginger, 2006). Iskustvo skandinavskih zemalja u prilagođavanju novim uslovima, često se uzima kao pozitivan primer odgovora države blagostanja na izazove ekonomskih i demografskih promena i sve značajniji uticaj globalizacije.

Evropski socijalni model nalazi se takođe pod snažnim uticajem *društvenih i kulturnih kretanja*. To se reflektuje na promene u strukturi porodice, smanjenje broja članova zajedničkog domaćinstva, sve prisutnije alternativne forme življenja uz naglašenu atomizaciju i individualizaciju. Učešće žena na tržištu rada, napredak tehnologije i promena opšteg stava prema mestu žene u društvu i porodici, usloveli su „preraspodelu uloga“ i drugačije shvatanje roditeljske odgovornosti. Izlazak

žene na javnu scenu, borba za ravnopravnost na poslu i zauzimanje adekvatnog mesta u političkim i upravljačkim strukturama, dovedeno je u vezu (osamdesetih godina) isključivo sa „ženskim pitanjem“, odnosno feminizmom.³ Posmatrano sa stanovišta porodičnih uloga poslednjih godina zapažaju se promene usmerene na prenošenje dela obaveza oko podizanja dece na muškarca – supruga i oca. Otuda je celokupna „politika porodice“ u evropskim zemljama usmerena na razvijanje i sprovođenje mera koje doprinose usklađivanju zahteva na radnom mestu i obaveza prema porodici.

Uz to dolazi širok kompleks pitanja koji se tiče *izazova globalizacije* koji prema nekim mišljenjima dovode u pitanje postojanje nacionalnih država blagostanja. „Neoliberalna globalizacija“ jača konkurentnost između država blagostanja, pa otuda prema mišljenju Boba Deacona postoji opasnost od „socijalnog dampinga, deregulacije i demontaže socijalnog sistema“. Otuda se sve države blagostanja nalaze pred političkom odlukom, da li zaista žele da smanje socijalne izdatke, pooštre uslove vezane za rad i druge pretpostavke za ostvarivanje prava. Sa druge strane postavlja se pitanje u kojoj će meri one doprineti produktivnosti i socijalnoj stabilnosti, odnosno povećanju ekonomskih investicija. Ukoliko se odabere „treći put“ i zadrže socijalni izdaci koje treba finansirati, pitanje je kako umanjiti negativan uticaj na konkurentnost. Globalizacija takođe dovodi, prema stavovima ovog eksperta, do potrebe regulisanja pitanja preraspodele na regionalnom i međunarodnom nivou. Rezultat toga je činjenica da „novi regionalni, internacionalni, nadnacionalni i globalni akteri“ čine socijalnu politiku još kompleksnijom.

Uticaj globalizacije na postojeće modele države blagostanja je različit, odakle prema Deaconu sledi zaključak: „da je liberalna socijalna politika sa svojim rezidualizmom, individualizmom i privatizacijom, spojiva sa neoliberalnom globalizacijom, ali po ceni sve većih socijalnih nejednakosti; sistemi bivših socijalističkih zemalja koji se oslanjaju na zaradu i sa visokim opterećenjem nadnica i povezani bizmarkovi sistemi socijalnog osiguranja, ranjivi su u uslovima globalnog pritiska konkurencije; socijaldemokratski sistemi države blagostanja, koji se zasnivaju na građanstvu (državljanstvu) i finansiraju iz poreza potrošača, u uslovima globalnog pritiska iznenađujuće su sposobni za opstanak i konkurentni“ (Deacon, 2003: 28–32).

Produbljivanje međunarodnih ekonomskih odnosa, povećanje transakcija u oblasti trgovine, uslužnih delatnosti i investicija, samo su neka obeležja promena

³ Iz „gender perspektive“ postojeći modeli se mogu klasifikovati na: 1. predmoderni porodično-ekonomski model koji je prisutan najčešće tamo gde oba bračna partnera učestvuju u radu (na selu); 2. model domaćice sa podelom rada koja znači da muškarac obezbeđuje prihode i ženu koja obavlja kućne poslove; 3. modernizovani oblik drugog, u okviru koga se podela rada ograničava na podizanje i brigu o deci (model usklađivanja); 4. model dvostrukog zbrinjavanja, pri čemu država u velikoj meri preuzima brigu o deci (jasle, obdaništa, celodnevna nastava, itd); 5. model podele posla oko podizanja dece između bračnih partnera (Pfau-Effinger, 2000).

na međunarodnom planu koje se reflektuju na funkcionisanje sistema socijalne sigurnosti u evropskim zemljama. Industrijsko društvo se menja u društvo uslužnih delatnosti i informatičko društvo, što je jedan od faktora promena suverenosti države u uređenju socijalno-političkih pitanja unutar svojih granica. Ona sve više postaje predmet međunarodne regulative, odnosno aktivnosti organa i institucija Evropske unije koja doprinosi konvergenciji nacionalnih modela.

2.3. Koordinacija nacionalnih sistema

Proces integracije u okviru Evropske unije rezultirao je stvaranjem jedinstvenog tržišta, ali ne i zajedničke socijalne politike, koja je do danas ostala u nadležnosti država članica. Ugovor o osnivanju Evropske ekonomske zajednice (1957) predviđao je postizanje ciljeva koji se tiču unapređenja životnih i radnih uslova, ekonomskog i društvenog napretka država i uravnoteženje trgovinskih razmena. Funkcionisanje zajedničkog tržišta trebalo je da doprinese podizanju životnog standarda i ujednačavanju uslova rada na prostoru država članica. Prve zakonodavne mere u oblasti socijalne politike na nivou Zajednice odnosile su se na regulisanje slobode kretanja radnika, koordinaciju sistema socijalne sigurnosti, bezbednost i zdravlje radnika. Kao dodatak ekonomskoj sferi, socijalna politika je trebalo da doprinese postizanju pune zaposlenosti (Program socijalne akcije, 1974), odnosno razvoju socijalne dimenzije zajedničkog tržišta. Poveljom o osnovnim socijalnim pravima radnika (1989) i Sporazumom o socijalnoj politici (koji je postao sastavni deo Amsterdamskog ugovora 1997), napravljeni su izvesni koraci napred, ali se široko polje socijalne politike i dalje reguliše uglavnom preko tzv. „mekog“ prava.

Dimenzije države blagostanja

Varijable	Tip države blagostanja		
	liberalni	konzervativni	Socijaldemokratski
Dekomodifikacija	slaba	srednja (?)	jaka
Rezidualizam	jak	jak	slab
Privatizacija	visoka	niska	niska
Korporativizam/Etatizam	slab	jak	slab
Kapaciteti preraspodele	slabi	slabi	jaki
Garancije pune zaposlenosti	slabe	slabe	jake

Izvor: Esping-Andersen (1985), Kohl (1993), Schmid (2002), Schmidt (1988). Navedeno prema: Frevel, Dietz, 2004: 204.

Tokom 1995. godine, Komisija je inicirala raspravu o „Budućnosti socijalne zaštite“ i 1997. godine predstavila saopštenje „Modernizacija i unapređenje socijalne zaštite u EU“, u kome se socijalna zaštita posmatra kao produktivni faktor

koji doprinosi ekonomskoj i političkoj stabilnosti i boljem korišćenju postojećih resursa. Cilj saopštenja je bio da ponudi agendu za produbljenu saradnju baziranu na četiri glavna cilja u okviru opšteg izazova modernizacije: 1. da učini da se rad isplati i da obezbedi sigurna primanja; 2. da učini penzije sigurnim i penzione sisteme održivim; 3. da promoviše socijalnu uključenost i 4. da obezbedi visok kvalitet zdravstvene nege i održivost zdravstvenih sistema. Krajem 1999. godine prihvaćena je zajednička strategija za sva četiri cilja i osnovana radna grupa za socijalnu zaštitu, koja će tokom 2001. godine biti zamenjena Komitetom za socijalnu zaštitu (Social Protection Committee).

Nova faza razvoja počinje uvođenjem Otvorenog metoda koordinacije (OMK) na sastanku Evropskog Saveta u Lisabonu 2000. godine, da bi na sledećim zasedanjima došlo do proširenja obavezujućih normi u cilju izgradnje „evropskog socijalnog modela“. Primena OMK počela je u oblasti zapošljavanja da bi se zatim pozitivna iskustva prenela i na druga područja socijalne politike – socijalnu isključenost, penziono osiguranje, zdravstvenu politiku i negu starih. Predviđene mere decentralizacije i systemske koordinacije prevazilaze neobavezujuću saradnju i dobrovoljni transfer, pa se otuda smatra da OMK ima sopstvenu logiku i da se može tumačiti kao kompromis između „logike čiste integracije i logike proste saradnje“. Otvoreni metod koordinacije sastoji se iz četiri elementa: 1. izrade ciljeva i specifičnih vremenskih planova u kratkoročnom i dugoročnom periodu; 2. ustanovljavanja kvantitativnih i kvalitativnih indikatora i *benchmarks* (svetski najbolja rešenja); 3. ugradnje evropskih ciljeva u nacionalne i regionalne politike; 4. redovnog monitoringa, evaluacija i *peer review*. Značajno je takođe da u čitavom procesu nisu predviđeni mehanizmi sankcija, što se u nekim slučajevima tumači kao propust koji umanjuje napore ka izgradnji evropskog socijalnog modela.

Fundamentalno pitanje daljeg razvoja evropskog socijalnog modela i postojećih sistema socijalne sigurnosti tiče se odgovora na „nove izazove“ na „evropski način“, pa će se otuda dalje diskusije kretati u pravcu postizanja veće socijalne kohezije, smanjenja siromaštva, povećanja zaposlenosti, isplativosti rada i sadržaja socijalnog dijaloga. Rešenja se takođe traže i u odgovoru na pitanja ekonomskih i socijalnih promena, posledica globalizacije, potrebe jačanja konkurentnosti i razvoju privrede zasnovane na znanju. Adekvatan odgovor na navedena i druga pitanja zahteva reformisanje postojećih sistema i njihovu modernizaciju, u skladu sa potrebom podešavanja „ekonomskim izazovima“ i povećanjem konkurentnosti evropskog tržišta na globalnom planu.

Diskusije o daljoj dogradnji socijalnog sistema kreću se u okviru novog pristupa fundamentalnim pitanjima održivosti evropskog socijalnog modela koji treba da postane „pokretačka snaga“ nove konkurentnosti i prilagođavanja na nove rizike postindustrijskog društva. Saglasno pristupu „novom socijalnom ugovoru“ između države i pojedinca, novom „socijalnom partnerstvu“, socijalne odgovornosti korporacija ili odgovornosti podeljenoj između države i pojedinca.

Čini se da je najbolji pristup modernizaciji evropskog socijalnog modela onaj koji podrazumeva tranziciju iz modela socijalne države u model socijalnog društva. U ovom modelu zadatak svakog „učesnika“ – države, pojedinca, poslovnog sektora i civilnog društva (donatora, crkve, itd) – je da obezbedi socijalnu koheziju“ (Schmögnerová, 2005: 7–8).

U skladu sa tim postavlja se pitanje ograničenih mogućnosti (i odgovornosti) države u rešavanju socijalnih problema, pri čemu se rešenja traže u jačanju privatne odgovornosti za snošenje rizika i uključivanju drugih aktera civilnog društva. Jedinstvo javnog/državnog sistema socijalne sigurnosti i privatnog, trebalo bi da obezbedi pojedincima (građanima) veću slobodu izbora i fleksibilnost, sa većim stepenom lične odgovornosti. To podrazumeva značajno mesto države u stvaranju institucionalnog okvira za pokrivanje osnovnih rizika i preuzimanje neposredne odgovornosti za obezbeđenje egzistencijalnog minimuma, osnovne zdravstvene zaštite i javni sistem obrazovanja. Posmatrano u kontekstu duge tradicije evropske socijalne države, njoj takođe pripada nadležnost u uređenju značajnih komponenti privatnog osiguranja, s obzirom na to da je pojedinac usled procesa individualizacije i smanjenja tradicionalne uloge porodice, sve više upućen da koristi socijalnu mrežu „treće strane“.

3. Aktivizacija socijalne države

Razvoj socijalne države u evropskim zemljama karakteriše raznolikost modela i sadržaja, sa dinamičnim tokom promena uslovljenim kompleksom političkih, ekonomskih i demografskih promena. Vreme ekonomskog napretka, relativno niskih stopa nezaposlenosti, rasta životnog standarda i stabilne porodične strukture u posleratnom periodu, označava „zlatno doba“ socijalne države. Sistem socijalne sigurnosti pokrivaio je rizike gubitka zarade u okviru penzijskog, invalidskog, zdravstvenog i osiguranja nezaposlenih. U isto vreme programi podrške i pomoći siromašnima bili su izdašni i sveobuhvatni. Recesija 1970-ih godina i preširoko postavljen okvir prava predstavljali su realno ograničenje za dalji razvoj proklamovane države blagostanja. Kriza kejnzijanskog modela u uslovima globalnih promena označila je postepeno povlačenje države iz socijalne sfere, jačanje uloge tržišta i otvaranje većeg prostora za privatnu inicijativu.

U državama u kojima se u praksi primenjuje koncept „aktivizacije“ promene se kreću u pravcu reformisanja etabliranih *Welfare* u *Workfare* režime, kojima se socijalna politika preusmerava u mere integracije na tržištu rada. Kriza „zaštitne države blagostanja“ i proboj neoliberalnih učenja istakli su u prvi plan efikasnost tržišta i nametnuli promene u pravcu smanjenja zavisnosti od pomoći države. Politika izdašnih socijalnih davanja i neadekvatna lična angažovanost, preoblikovana je merama obavezne integracije korisnika u tržište rada. Podizanje lične odgovornosti, ograničenje novčanih naknada i reformisanje programa državne pomoći siromašnima, predstavljaju opštu karakteristiku koncepta aktivizacije u različitim modelima države blagostanja.

3.1. Od zaštitne ka aktivirajućoj državi blagostanja

Konceptualni okvir reformi države blagostanja sadržan je u izazovima globalnih promena nacionalnih sistema koje suštinski menjaju ulogu države u zaštiti prava i interesa pojedinca. Proces modifikacije klasične nacionalne države, kao suverene, autonomne i samostalne u odnosu na druge, odvija se u okviru „četiri dimenzije“ moderne državnosti⁴. Intenzivni procesi jačanja subnacionalizacije, regionalizacije i internacionalizacije, doveli su do postepenog povlačenja nacional-

⁴ Uloge klasične države od javnog značaja po Leibfriedu su: bezbednost, pravna sigurnost, blagostanje i demokratija. Dimenzija blagostanja ukazuje na to, da je država dužna da obezbedi stabilan privredni rast, visok stepen stabilnosti novca, kao i zaposlenosti, tj. socijalne sigurnosti (Leibfried, 2008).

ne države iz „produkcije blagostanja“ zakonskim garancijama socijalnih prava u okviru mera preraspodele dohotka. Funkcije ublažavanja negativnih efekata tržišta i garantovanje socijalnog minimuma, postepeno gube na značaju. „Minimalna“ država blagostanja oslanja se na ograničeni krug socijalnih prava, odgovornost pojedinca za svoj položaj i restriktivnu politiku socijalnih transfera.

Razvoj države blagostanja od njenog nastanka sredinom XIX veka kretao se od „zaštitne“ ka „aktivirajućoj“ ulozi. Posleratni period prosperiteta i privrednog napetka bilo je „zlatno doba“ socijalne države i vreme uspešnog ublažavanja strukturnih efekata tržišne ekonomije. Ostvarivanje socijalne sigurnosti, novčanih davanja i usluga javnih službi, zasnivalo se na pokrivanju osnovnih rizika, kao što su nezaposlenost, starost, invalidnost i bolest. Garancija prava po osnovu rada u okviru socijalnog osiguranja dopunjena je programima pomoći siromašnima, bez konkretnih obaveza korisnika. Država blagostanja je takođe obezbeđivala svim građanima pristup javnim službama od opšteg interesa, kao što su obrazovanje i zdravstvena zaštita, a u nekim slučajevima i stanovanje.

Obezbeđenje rizika u slučaju gubitka zarade činilo je sastavni deo socijalnog zakonodavstva u gotovo svim evropskim zemljama. Država je garantovala isplatu novčanih naknada bez prinude i nametanja obaveza licima koja su bila sposobna za rad. Obimnom regulativom pokrivena su individualna prava po osnovu zaposlenosti, kao što su karakter radnog odnosa, zaštita od otpuštanja, sigurnost zaposlenja, itd. „Došlo je do razvoja pre svega kompenzatorne socijalne politike ili reaktivne socijalne politike sa ciljem da se građanima pruži socijalna sigurnost. U skladu sa tim najvažniji oblik intervencije bili su novac ili legislativa, odnosno finansijski doprinosi i podsticaji. Kontrola nije imala tako značajnu ulogu“ (Dingeldey, 2006: 1).

Osiguranje za slučaj „materijalne nužde“ predstavljalo je osnovu socijalno-političkih ciljeva „zaštitne države blagostanja“. Prema shvatanju Esping-Andersena, vrhunac toga je dekomodifikacija. Ravnopravnost u društvu shvatala se, između ostalog, i kao pravo na ujednačene uslove života i nivoa zarada. Za one koji su bili ispod minimalnog nivoa prihoda, država je socijalnim programima obezbeđivala dodatna davanja, uz prethodnu proveru materijalnog statusa. Princip preraspodele funkcionisao je na osnovu visokih poreskih prihoda koji su preusmeravani na mere ublažavanja negativnih efekata tržišnih zakonitosti. Ostvarivanje prava na materijalna davanja vezano je za princip univerzalizma, dok je razvijen sistem socijalne sigurnosti pokrivaio gotovo sve rizike i obezbeđivao obuhvat najvećeg dela stanovništva. Tako je stvoren „socijalni građanin“ kao bitna komponenta države blagostanja.

Efekti naftne krize 1973. godine doveli su do osporavanja „kejnzijanske doktrine države blagostanja“⁵ i promena u shvatanju uloge države. Neuspesi mnogih

⁵ Afirmacija Kejnzove teorije doživela je vrhunac 1950-tih godina, u skladu sa učenjem o potrebi angažovanja države u rešavanju problema nezaposlenosti. Pored toga, kejnzijanzizam kao ekonomska doktrina predviđala je značajne funkcije države (između ostalog i socijalne) u sprečavanju ciklusa stagnacije i kriza u kapitalističkom društvu.

vlada u obuzdavanju inflacije, porast nezaposlenosti, efekti globalnih ekonomskih kretanja, nezadovoljstvo internih aktera (sindikati, NVO) i ograničenja nacionalnog suvereniteta, čine pozadinu rasprave o neuspehu socijalne države. Podizanje nivoa odgovornosti pojedinca za sopstveno blagostanje i smanjenje uloge države, sve češće se navode kao sastavni deo promena. Tako je država blagostanja „od toga da je predstavljala rešenje za probleme modernog kapitalističkog društva, sve više počela da se smatra problemom, za koji je jačanje tržišnih sila očigledno rešenje“ (Wildeboer et al, 2001: 149).

Promena ciljeva i uzora države blagostanja

Socijalno-politički ciljevi i uzori	Zaštitnička država blagostanja	Aktivna država blagostanja
Socijalna politika uopšte	– zbrinjavanje odnosno zaštita – preaktivno, kompenzatorno	– aktiviranje, lična odgovornost – preventivno, osposobljavajuće
Sloboda	... od materijalne nužde, ... od prinude na rad – dekomodifikacija	... od birokratije blagostanja ... prema ličnom menadžmentu – (minimalna) sigurnost – (re)komodifikacija
Jednakost	... materijalnih uslova života ... preraspodela prihoda	... mogućnosti socijalnog učešća (tržište rada i obrazovanje)
Socijalna prava	– univerzalna zakonska prava na standardizovana materijalna davanja na osnovu statusa	– pravo učešća – uslovljena i individualizovana davanja (uslov; zajedničko stvaranje usluga) – davanja na osnovu ugovora
Koncepcija države i upravljanja	– planirajuća država – odgovornost da se ispuni zadatak – direktivno hijerarhijski	– kooperativna država – posrednik i inicijator – odgovornost pružanja zaštite – sklona dijalogu, kooperativna
<i>Politika zapošljavanja – tržište rada</i>		
Ciljevi	– puna zaposlenost (izdržavalaca hranitelja) – normalni radni odnos i sigurnost zaposlenja	– pogodnost zapošljavanja „za sve“ – fleksibilno prilagođavanje zaposlenih tržištu rada
Sprovođenje	– upravljanje potražnjom – pasivna politika tržišta rada sa ciljem kompenzacije prestanka zarada – aktivna PTR kako bi se izjednačilo strukturno nepoklapanje – strukture tržišta rada	– upravljanje ponudom – smanjenje transfernih davanja (podsticaj na rad) – kvalifikacija i usluge aktiviranje pojedinaca
Implicitne premise za politiku porodice	– model muškarca hranitelja – familijarizacija (brak sa domaćicom)	– model u kome dvoje zarađuju – defamilijarizacija (javne usluge zbrinjavanja i nege)

Izvor: Dingeldey 2003, 97–101.

Kriza „zaštitne“ države blagostanja i osporavanja njenih uspeha, doprineli su jačanju ekonomske politike orijentisane prema tržištu na kome dominiraju slobodna konkurencija i zakoni ponude i potražnje. Alternativa izdašnoj državi blagostanja sve češće se traži u ograničenju uloge i funkcija države. Karakteristike prethodnog razvojnog perioda postale su neodržive 1980-ih i 1990-ih godina, kada se u raspravama sve više govorilo o promenama, krizi, ugroženosti i transformaciji socijalne države. Kako je „država blagostanja duže vreme izložena jakim pritiscima može se govoriti o njenom postepenom propadanju“ (Lisestol, 2004: 77) zbog slabosti onih koji je brane u novim ekonomskim prilikama.

„Poslednja decenija XX veka pokazala je da su države blagostanja izrazito ranjive na ekonomske promene. Naime, kriza socijalnih funkcija i socijalnih sistema savremenih država u sprezi je sa ekonomskom osnovom sistema i postavkama ekonomske doktrine o poželjnim pravcima razvoja.⁶ Na primer, dominacija neo-liberalnih stavova u političkoj ekonomiji 1980-ih godina i reforme koje su proizvele deregulaciju tržišta u Velikoj Britaniji, imale su dalekosežnije posledice na funkcionisanje socijalnog sistema i promene u njemu, nego što je to bio slučaj sa kontinentalnom Evropom i Skandinavijom, čija se ekonomija temelji na koordinisanoj ulozi države. Značajan faktor predstavlja i prisustvo/odsustvo ekonomskih resursa i bogatstva, koji bi se mogli usmeriti ka socijalnom razvoju najuopštenije, iako ekonomska orijentacija suštinski „opravdava“ strukturu troškova. Ne manje bitno je i da li socijalna politika države blagostanja ima kapacitete da deluje kao faktor društvenog i privrednog rasta, ili: da li država svojim socijalnim merama deluje podsticajno na zapošljavanje, sticanje potrebnih kvalifikacija i prekvalifikacija, itd“ (Perišić, 2007: 43).

Opseg promena države blagostanja u Izveštaju Evropske komisije⁷ iz 2004. godine, sagledan je u identifikaciji tri različita procesa (Pierson, 2001: 419–428): *rekomodifikacija* (nametanje veće tržišne discipline u politikama blagostanja, kao što je zapošljavanje korisnika socijalnih naknada); *zadržavanje troškova* (politike kojima se umanjuju izdaci) i *rekalibracija* (reforme koje imaju za cilj bolje usklađivanje države blagostanja sa savremenim ciljevima i potrebama za socijalnom sigurnošću). U okviru racionalizacije uprave „mršave države“ od kasnih 1970-ih godina, sve više se govori o javnom menadžmentu i potrebi svođenja uloge države na njene „suštinske zadatke“. Poslovi koje je do tada u potpunosti obezbeđivala država, organizuju se preko nezavisnih organa ili se sprovođenje mera prepušta trećoj strani.

⁶ „Nemački sistem socijalnog osiguranja podržava izvozno orijentisan, kvalitetan model proizvodnje, ali su doprinosi za socijalno osiguranje postali toliko visoki da je rast nezaposlenosti u sektoru usluga sprečen. Nizak nivo zaposlenosti, zauzvrat, ugrožava finansiranje socijalne politike i uvećava poreske stope, vodeći stoga u začarani krug ‘blagostanja bez rada’“ (Esping-Andersen, 1996; navedeno prema Ebbinghaus, Manow, 2001: 2).

⁷ EC (2004): Welfare Reform and Management of Societal Change – Reforma blagostanja i upravljanje društvenom promenom“ (2005).

Početne kritike države blagostanja rezultirale su promenama koje su dovele do suštinskih reformi u anglosaksonskim zemljama. Redukovanje funkcija socijalne države, sužavanje prava nezaposlenih i ograničenja u korišćenju pomoći, reflektovali su se na povećanje stope zaposlenosti na slabije plaćenim poslovima. To je dovelo do porasta siromaštva, socijalne isključenosti, marginalizacije i pojave novih problema u uslovima sve izraženije socijalne diferencijacije stanovništva. Privatizacija nekada javnih usluga u Velikoj Britaniji i uvođenje novih koncepata menadžmenta u javnom sektoru dovelo je do posebnog pogoršanja kvaliteta i redukcije ponude socijalnih usluga, što je naročito bolno na primeru zdravstvenog sektora ili u javnom prevozu. Dvostruki neuspeh s jedne strane ‘stare socijalne države u doba globalizacije’ ali sa druge strane i reformi bazirane na ponudi, doveli su 1980-ih godina do početka diskusije o socijalno investirajućoj državi“ (Dingeldey, 2006: 2).

3.2. Političke diskusije i praksa

Teorijske postavke i praksa aktivizacije socijalne države zasnivaju se na premisi „radom do blagostanja“ pri čemu zaposlenje ima prioritet u odnosu na druge mere. Oslanjanje pojedinca na sopstvene snage počiva na redefinisanoj prava i odgovornosti u odnosu na ulogu pojedinca, porodice i društvenih grupa u novim društvenim okvirima. Otuda i koncept aktivizacije predstavlja antipod zavisnosti od tuđe pomoći i naknada usmerenih na pokrivanje osnovnih socijalnih rizika.

Političke rasprave liberala u *Velikoj Britaniji* o aktivirajućoj državi zasnovane su na ideji „trećeg puta“ koju je razvio sociolog Entoni Gidens (1998). Prema tom učenju socijalna država je trebalo da predstavlja alternativu neoliberalizmu Margaret Tačer i socijal-demokratskoj kejnzijanskoj državi blagostanja. „Moto ‘nema prava bez odgovornosti’, signalizira okretanje od ‘bezuslovnog’ obezbeđivanja socijalnih prava u kejnzijanskoj državi blagostanja i zalaže se za to da se prava na socijalna davanja učine zavisnim, između ostalog, od spremnosti na saradnju“ (Dingeldey, 2006: 2). Jednakost više ne podrazumeva sigurnost prihoda socijalno-političkim transferima, već se posmatra kao „jednakost šansi“ preraspodelom *moćnosti*. Sloboda označava autonomnost delovanja u okviru politike životnih šansi i neposredno se dovodi u vezu sa socijalnom pravdom.

U skladu sa temeljnim opredeljenjem „trećeg puta“ aktivna država blagostanja ima značajniju ulogu od minimalističkih funkcija u neoliberalnim učenjima. Novim programima obezbeđuje se veća „usmerenost na stranu ponude, nego na stranu potražnje (...) zbog čega se pojedinačna individua nalazi u centru inicijativa politike... Ideja aktivnog društva na bazi inicijativa za zapošljavanje, nadograđuje se na asimetriju odnosa prava i obaveza, pošto je fokus preovlađujuće na obavezama pojedinačnih individua da budu aktivne i da se oslanjaju na sebe, a mnogo manje

na obavezama države da se bori protiv diskriminacije i strukturnih barijera protiv uključenosti na tržište rada pod pristojnim uslovima“ (Larsen, 2005: 83).

Socijalno-političke rasprave u Velikoj Britaniji obuhvatile su takođe potrebu reformisanja „preobimne državne birokratije“ kako bi se povećala efikasnost državne uprave i stvorili uslovi za veće učešće civilnog sektora. U tom smislu proširena je uloga preduzeća u kreiranju programa usmerenih na zapošljavanje rizičnih grupa. Poseban deo novina odnosi se na aktivnosti trećeg sektora u obezbeđenju socijalnih usluga, kako bi se sprečio monopol države i povećala konkurentnost na tržištu. Viši nivo usluga, smanjenje birokratske procedure, samopomoć i drugi oblici aktivizacije korisnika, trebalo bi da doprinesu kultivisanju socijalnog kapitala. „Novi“ socijalno-politički ciljevi ne znače samo delimično povlačenje države u delu koji se tiče novčanih davanja, već podrazumevaju razvoj novih oblika „političkog upravljanja“ i učenja.

Od 1996. godine u Velikoj Britaniji je uveden veći broj „New Deal – Welfare to Work“ programa⁸ (Dolton/Balfour, 2002). Programom New Deal za mlade (NDYP) obuhvaćena su lica od 18–24 godina, koja su bez posla najmanje 6 meseci. U prvoj fazi je predviđeno intenzivno pružanje pomoći radi pronalaženja nesubvencioniranog radnog mesta. Za one koji se ne zaposle sledi drugi krug pomoći u vidu savetovanja i subvencija zarada za poslodavce u trajanju od šest meseci. Korisnik programa je u isto vreme obavezan da jedan dan u nedelji posveti daljem obrazovanju. Postoji takođe mogućnost izbora dodatnog obrazovanja u trajanju od 12 meseci i dobijanja priznate kvalifikacije. New Deal za dugoročno nezaposlene (ND25+) usmeren je na lica iznad 24 godina koja traže zaposlenje dve godine i ostvaruju pravo na pomoć. Učesnici su obavezni da se uključe u savetodavni rad, dok poslodavac kod koga je lice angažovano 30 sati u nedelji dobija do 75 funti. Pored toga postoji mogućnost učešća u programu dokvalifikacija u trajanju do godinu dana, a za to vreme se ostvaruje pravo na pomoć nezaposlenima.

Počev od uvođenja New Deal programa u Velikoj Britaniji sva nezaposlena lica koja primaju pomoć su obavezno uključena u neki od programa. Prema oficijalnim podacima u okviru NDYP i NDLTU– (ili ND25+) programima učestvovalo je 1,9 miliona nezaposlenih, od čega 1,2 miliona u programu za mlade i 0,7 miliona u programu za dugoročno nezaposlene. Preko ND 25+ programa do februara 2007. godine 461 960 lica dobilo je predviđenu pomoć u okviru mera prekvalifikacije ili ponovnog zaposlenja. Veliki broj studija ukazuje na pozitivne efekte NDYP u cilju prelaska od korisnika pomoći do zaposlenosti, odnosno obrazovanja. Istraživanja takođe pokazuju da se sa dužinom učešća u programu smanjuje opasnost od nezaposlenosti (Fromm, Spross, 2008).

⁸ Najvažniji programi usmereni su na mlade („New Deal for Young People“, NDYP), dugoročno nezaposlene („New Deal for the Long Term Unemployed“, NDLTU), samohrane („New Deal for Lone Parents“, NDLP), invalide („New Deal for Disabled People“, NDDP), partnere nezaposlenih („New Deal for Partners of Unemployed People“, NDPU) i lica iznad 50 godina („New Deal for 50+“, ND50+).

Politika aktivizacije u Holandiji počinje promenama 1990-ih godina uvođenjem novih mera na tržištu rada pod motom „rad pre transfernih davanja“, kojima je predviđena obaveza komuna da omoguće korisnicima socijalne pomoći radnu integraciju. To predstavlja novinu u odnosu na prethodni period kada je država blagostanja u Holandiji garantovala minimum prihoda za korisnike socijalne pomoći i učesnike tržišta rada. Od 1992. godine mladi i dugotrajno nezaposleni primaoci pomoći obavezni su da prihvate ponuđeni posao i učestvuju u javnim radovima. Izmene Zakona o radu i socijalnoj pomoći (*Wet Werk en Bijstand, WWB*) iz 2004. godine vršene su u cilju veće aktivizacije korisnika na legalnom tržištu rada. Lokalni organi sami odlučuju o obliku pomoći prilikom traženja posla, tako da se u praksi sreće čitav niz mera⁹ aktivizacije.

Programi aktivizacije korisnika državne pomoći u Danskoj takođe su imali za cilj radnu integraciju mladih. Kasnije je „aktivna socijalna politika“ proširena na sve starosne grupe, pri čemu je realizacija konkretnih projekata u lokalnoj nadležnosti. Negativni trendovi na tržištu rada početkom 1990-ih godina doveli su do promena sa pasivnih davanja na mere aktivne politike zapošljavanja. Zakonom o aktivnoj socijalnoj politici (*Lov om aktiv socialpolitik, 1998*) uređena su prava, obaveze i mere za korisnike socijalne pomoći. Socijalni transferi predviđeni su za nezaposlene i druge socijalne grupe, kao što su bolesni, hendikepirani i lica sa kompleksnim socijalnim problemima. Političke diskusije o aktivirajućoj socijalnoj državi u Nemačkoj počele su izbornom kampanjom SPD (socijal-demokratska partija) tokom 1998. godine pod sloganom „Nova srednja klasa“. Prema rečima Boda Hombaha „Država mora ne samo da izniveliše, odnosno regulatorno spreči posledice jednog podsistema (privreda, društvo, politika) na druge, već i da obezbedi i organizuje da podsystemi budu optimalno uklopljeni. Otuda socijalni sistem mora da bude koncipiran tako da optimalno priprema i podržava ponovno zaposlenje i ličnu inicijativu. Novi balans između individualnih prava i obaveza, zahtev da država koja upravlja, donosi zakone i obezbeđuje brigu o minimumu egzistencije, mora da ima više poverenja u svoje građane – sve to ne znači da se država hladnokrvno povlači od odgovornosti. Naprotiv radi se o novom modelu upravljanja kome treba mnogo više kreativnosti, inovativnosti i aktivirajuće politike koja dugoročno i održivo planira“ (Dingeldey, 2006: 3).

Pod sloganom „zahtevati i podržavati“ narednih godina reformisana je politika tržišta rada čiji vrhunac predstavlja usvajanje novog Hartz zakonodavstva. Sastavni deo reformi socijalne države činile su promene u administraciji (upravi) usmerene na uspostavljanje veze sa „novim javnim menadžmentom“. Podelu odgovornosti i uspostavljanje dijaloga sa građanima i korisnicima davanja, trebalo je prilagoditi

⁹ U većini slučajeva radi se o sledećim merama: obuka za konkurisanje i savetovanje, posredovanje, stručno usavršavanje, uključujući profesionalno obrazovanje, trening ili prekvalifikaciju; socijalne aktivnosti i dobrovoljan rad.

ekonomskim principima radi povećanja efikasnosti upravljanja. Pritom je naglašena uloga države u organizovanju i sprovođenju sektora usluga od javnog značaja, što u velikoj meri relativizuje politiku koja „građane vidi kao klijente“. Nova paradigma socijalne države u Nemačkoj izazvala je rasprave i to pre svega u pogledu primene aktivne politike na tržištu rada. Masovna nezaposlenost i teškoće pronalazjenja radnog mesta u suprotnosti su sa *Workfare* politikom koja nije u mogućnosti da obezbedi povećanu tražnju za radom. Time se gubi smisao aktiviranja nezaposlenih ako ne postoji odgovarajući nivo potražnje za radnom snagom.

Kritičari novog pristupa ističu „da se u političkim raspravama – svesno ili nesvesno, igra igra traženja žrtve, tj. žrtve se preimenuju u počiniocice, koje treba ili prevaspitivati ili isključiti iz zajednice solidarnosti, bez rešenog problema nedovoljne potražnje za radnom snagom“ (Dingeldey, 2006: 4). Značajan deo primedbi odnosi se na stavove o potrebi ograničenja socijalnih prava i uspostavljanja direktne veze između socijalnih transfera i obaveze radnog angažovanja, odnosno zaštite zaposlenja. S obzirom na različito stanje u pojedinim zemljama prelazak sa zaštitne na aktivirajuću državu blagostanja, postoji bojazan da se čitav koncept koristi radi smanjenja socijalnih izdataka i povećanja prinude na rad. Time se gubi značaj proklamovanog cilja o povećanju lične odgovornosti i smanjenju zaštitne uloge države.

3.3. Od *Welfare* ka *Workfare* politici

Istraživanja aktivizacije države blagostanja najuže se vezuju za modele socijalnog režima i promene u političkim, ekonomskim, demografskim i globalnim okvirima. Uopšte se može govoriti o „defanzivnim i ofanzivnim strategijama aktiviranja“ (Jacob Torfing), koje se razlikuju prema političkom cilju, konceptu siromaštva, merama na tržištu rada i strategijama aktiviranja.

Ofanzivne strategije aktiviranja usmerene su na borbu protiv nezaposlenosti i socijalne isključenosti. Nasuprot defanzivnim strategijama, socijalni izdaci se uvećavaju, budući da su motivisani poboljšanjem životne situacije korisnika socijalnih naknada, u svrhu podsticanja njihovog integrisanja na tržište rada. Komplementarno sa tim, aktivna socijalna politika predstavlja i segment javnog ulaganja u otvaranje novih radnih mesta. „Ovo je primer strategije koju razvijaju zemlje koje se tradicionalno nazivaju *welfare* modelom, u kojem država ima odlučujuću ulogu u strategiji aktiviranja, kao agent koji generiše zaposlenje“ (Eransus, 2003: 5).

Welfare strategija aktiviranja, karakteristična je za zemlje socijal-demokratskog režima. Socijalno-politički i opšti društveni cilj ovog režima je promovisanje jednakosti svih, i to „na najvišem nivou“ (Soede i dr, 2004: 23), iz čega proizilazi i podsticanje univerzalne participacije u društvu. „Aktiviranje se odnosi na sve građane, na relativno egalitarn način i 'pregovaranje' između zahteva individua i

društva, izgleda mnogo balansiranije“ (Barbier, 2004: 7). U tom kontekstu, u ovom modelu dobija na značaju istinski aktivno društvo, budući da uvažava različitost kapaciteta i sposobnosti individua, kao i da ne oslobađa društvo/državu obaveze generisanja pretpostavki za socijalnu sigurnost. Za pojedinca od ne manjeg značaja je i to što se ne podrazumeva samo nudenje zaposlenja, nego i odgovarajući kvalitet zaposlenja (Vuković, Perišić, 2008).

Dobar primer ofanzivne strategije je duga tradicija aktivne politike zapošljavanja u *Švedskoj*, u okviru koje se pravo na socijalnu pomoć smatra pasivnom merom. Organizacijom sistema jedan deo pitanja regulisan je na nacionalnom nivou, dok su opštinske službe nadležne za pružanje socijalne i materijalne pomoći licima koja nisu integrisana u tržište rada. Kao i u drugim skandinavskim zemljama, programi aktivizacije u prvom periodu bili su usmereni pre svega na mlade, ali su kasnije prošireni na lica sa više od 25 godina, dugotrajno nezaposlene i marginalizovane grupe. Zakonom je predviđena puna samostalnost opština u kreiranju aktivnih mera i dobrovoljan pristup lica koja traže zaposlenje. Istraživanja i evaluacije projekata pokazuju da veliki broj malih opština nema posebne programe aktivizacije korisnika državne pomoći i da se najveći broj njih realizuje sa malim brojem (do 10) učesnika.

Osnova novog pristupa aktivnoj politici zapošljavanja u *Švedskoj* izgrađena je tokom krize 1990-ih godina, kada je došlo do porasta nezaposlenosti i rasta socijalnih izdataka. Prenošenje jednog dela odgovornosti na lokalne organe imalo je za cilj aktivizaciju do tada izrazito pasivnih korisnika pomoći, merama podrške i radnog angažovanja. Promene u socijalnom zakonodavstvu (*Socialtjänstlag, SoL*) vršene su u skladu sa ciljevima aktivne politike na tržištu rada, što je dovelo do redefinisanja prava nezaposlenih po osnovu osiguranja i novčane pomoći. Lica sposobna za rad koja primaju socijalnu pomoć obavezna su da se prijave nadležnoj službi zapošljavanja, da aktivno traže posao i prihvate ponuđeno radno mesto. Kao radno sposobna, smatraju se lica koja mogu da rade najmanje tri sata nedeljno, odnosno prosečno 17 sati nedeljno“ (Fromm, Spross, 2008: 86).

I pored raznolikosti programa u praksi se najčešće sreću sledeće mere aktivizacije: posredovanje, savetovanje i zbrinjavanje; trening i dokvalifikacija i subvencionirano zapošljavanje. U Stokholmu je 2004. godine realizovan projekat „Zapošljavanje mladih“ (*Praktik och ungdomsanställningar i Stockholms stad*) usmeren prema dugotrajno nezaposlenim licima, odnosno korisnicima socijalne pomoći, između 20 i 24 godina. Cilj je bio da se skрати vreme čekanja zaposlenja i prikaže grad kao atraktivni poslodavac. Projekat se realizovao u dve faze po šest meseci, tako da su u prvom periodu pružane raznovrsne informacije o gradu, koje su bile dopunjene elementima obrazovanja u vidu kurseva, seminara i predavanja. Druga faza odnosila se na mogućnosti angažovanja u radu sa mladima i pružanja usluga nege starima (Dahlberg, 2006). Posebno su dragocene studije ocene efekata aktivnih programa u *Švedskoj*, sa stanovišta interesa države i zadovoljstva učesnika pojedinih programa.

Defanzivne strategije aktiviranja motivisane su potrebom za ograničavanjem budžetskih sredstava, odnosno smanjenjem državnih rashoda, shodno čemu se i socijalna prava „sužavaju“. Stoga se one prvenstveno odlikuju usmeravanjem prava na materijalnu (novčanu) socijalnu pomoć ka onima koji su apsolutno siromašni i koji nisu u mogućnosti da obezbede osnovna sredstva potrebna za održavanje sopstvene egzistencije (i to na osnovu zvanično utvrđene linije siromaštva – tzv. pauperizam).

Svrha aktivnih mera je integrisanje korisnika socijalne pomoći na tržište rada. Ova strategija označava se kao *work first* („prvo posao“), s obzirom da prioritet ima dobijanje posla (bez obzira na njegovu trajnost, i/ili činjenicu da nivo dohotka koji generiše ne pruža „izlazak“ iz zone siromaštva, itd). S tim u skladu, prioritet aktivne politike je „okončavanje zavisnosti od socijalnih naknada i borba protiv pronevera (identifikovanje onih koji primaju naknade, a sposobni su za rad)“ (Eransus, 2003: 4) i ona je u skladu sa tzv. *workfare* modelom.

Sam pojam *Workfare* ostao je nedovoljno jasno definisan i uvek se vezivao za političko delovanje, počev od 1969. godine kada je prvi put upotrebljen u Niksonovoj administraciji, kao alternativa pasivnim materijalnim davanjima. I pored nejasnoća o tome šta termin „zaista jeste“ on preovlađuje u stručnoj i akademskoj literaturi u SAD,¹⁰ pri čemu se pravi razlika između definicija koje se baziraju na ciljevima i onih koje naglašavaju forme. „*Workfare* se često predstavlja kao jedan element (ili naznaka) promene od strane potražnje na stranu ponude, kada je regulacija u pitanju. Istovremeno, neki teoretičari razlikuju oblasti promene, od pasivnih ka aktivnim politikama blagostanja; na primer '*workfare*' u odnosu na 'aktivne politike na tržištu rada' (ALMP), u odnosu na 'aktiviranje' (Hvinden, 1999), dok drugi to ne čine“ (Lodemel, 2000: 3).

U okviru institucionalne ekonomije *workfare* obuhvata promene širokog obima u okviru socijalne politike i politike tržišta rada. *Workfare* u okviru defanzivne strategije aktivizacije „prisiljava ljude da preuzmu posao ili krenu na obuku na poslu, koji je plaćen manje od trenutne tržišne stope za istu vrstu posla“ (Costello, 1993). U definisanju termina, Lodemel (2000) razlikuje tri elementa: da je *workfare* obavezan, da se primarno tiče posla i da se odnosi na politike povezane sa najnižim stubom državne pomoći. Stoga se prema ovom autoru, *workfare* politike definišu kao politike koje zahtevaju od ljudi da rade u zamenu za, ili umesto, naknade za socijalnu pomoć.

Prinuda unutar *workfare* programa znači da neke ljude treba prisiliti i ona se smatra njegovom ključnom odlikom. „Da li zbog toga što se neki ljudi 'odlučuju'

¹⁰ U tri najveća američka časopisa, termin *workfare* više puta je pomenut tokom 1995. godine, nego sve ukupno u čitavom periodu od 1971–1980. godine. Akademski literatura je svedok sličnog trenda. Od ukupno 90 članaka koji opisuju *workfare*, samo 11 objavljeno je pre 1990. godine (SCI). Upotreba ovog termina u akademskoj literaturi odražava njegovu protivurečnost i zamagljene granice između *workfare* i povezanih politika (Lodemel, 2000).

da 'zavise' od socijalne pomoći ('racionalna zavisnost') ili zbog toga što su se toliko udaljili od tržišta rada, da ne mogu ili neće dobrovoljno da ponovo uđu na njega ('iracionalna zavisnost'), prisila se smatra nužnom bar u jednom delu grupe klijenata“. *Workfare* politika ima primarni naglasak na rad, a ne na obuku ili druge oblike aktiviranja. Iako rad, obuka i socijalno aktiviranje mogu zajedno pripadati ovoj šemi, rad je primarna komponenta, a nesubvencionirani rad je željeni ishod države. Treći element Lodemelove definicije tiče se shvatanja pojma kao dela socijalne pomoći jer je uključenost u *workfare* program često uslov da bi se zadržala prava ili obezbedio adekvatan prihod, uz proveru potreba (Lodemel, 2000).

Workfare strategija aktiviranja karakteristična je za liberalni socijalni model. U njemu se ističu individualizam i slobode pojedinaca, koji ne mogu biti ograničeni delatnostima države. Osnovni regulatorni mehanizam pozicioniranja pojedinaca u društvenoj hijerarhiji je tržište. Shodno tome, stanovništvo se uopšteno stimuliše da učestvuje na tržištu rada, kao i što se smatra da tržište omogućuje socijalnu pravdu i jednakost. U tom kontekstu, socijalno-političke mere prevashodno su u funkciji podsticanja na zapošljavanje, i to: unapređenja inicijativa pojedinaca da se zaposle, pružanjem informacija o slobodnim radnim mestima, ali i kratkoročnim ulaganjem u programe prekvalifikacija, dokvalifikacija i obuke uopšteno.

Izvan socijalno-političkog konteksta, individue su stimulisane na rad, između ostalog i poreskom politikom. Karakterističan trend razvoja, koji nije bez posledica na socijalnu politiku, je to što „vrlo često, za individuu, konvencionalni posao na tržištu predstavlja uobičajeni način ostvarivanja prava na zaštitu (privatnu i društvenu) od rizika, a rad sistematski zamenjuje pomoć“ (Barbier, 2004: 7). Naime, zaposlenje kao osnov za ostvarivanje prava na socijalno osiguranje, proširuje se, za lica koja su sposobna za rad, i na sistem socijalne pomoći. Istovremeno, principi aktivne socijalne politike, na sličnim, defanzivnim osnovama, proširili su se i na lica sa invaliditetom, ali i na penzionere.

Integracija korisnika socijalne pomoći na tržište rada čini suštinu *Workfare* reformi u Americi. To je bila i programska orijentacija predsednika Kartera i Regana prilikom donošenja Zakona o pomoći porodicama (*Family Support Act – FSA*) iz 1988. godine, koji se smatra početkom promena programa socijalne pomoći. Usvajanjem Zakona o usaglašavanju lične odgovornosti i radnih mogućnosti (*Personal Responsibility and Work Opportunities Reconciliation Act – PRWORA*) sredinom 1996. godine nastaju radikalni zaokreti u sferi socijalne zaštite i ostvarivanju prava na socijalnu pomoć u SAD. Predlagači PRWORA programa isticali su kao njegove prednosti: usmeravanje primaoca socijalne pomoći ka zapošljavanju merama prekvalifikacije i dokvalifikacije; priliv dodatnih sredstava u fondove za brigu o deci i medicinske zaštite i obezbeđivanje sredstava pomoći saveznom državama koje pokazuju pozitivne rezultate u sprovođenju zakona (Vuković, 2005).

Primaoci socijalne pomoći imaju obavezu da se zaposle, obave pripravnički staž, stručnu obuku u trajanju od 12 meseci, prekvalifikaciju i/ili dokvalifikaciju,

a moraju i da pruže usluge nege dece onim licima koja se, kao prethodni korisnici, zaposle. Izuzetak od obaveze zaposlenja napravljen je za samohrane roditelje čija su deca mlađa od 6 godina, ukoliko ne mogu da obezbede lice koje bi se o njemu brinulo i kod roditelja čija su deca mlađa od godinu dana. Novina je sadržana i u odredbi kojom se ograničava primanje novčane naknade na pet godina ili manje u zavisnosti od mogućnosti saveznih država.

Najvažnije zakonodavstvo SAD u programima AFDC i TANF

Godina	Naziv zakona	Glavne odredbe
1935.	Zakon o socijalnoj sigurnosti	Stvoren je program AFDC za decu koja žive u domaćinstvima sa niskim prihodima, lišenim podrške jednog roditelja
1961.	Dopune Zakona o socijalnoj sigurnosti	Stvoren je program AFDC-UP za decu koja žive u porodicama sa oba roditelja, ali u kojima je roditelj primarno odgovoran za privređivanje, nezaposlen
1967.	Dopune Zakona o socijalnoj sigurnosti	Smanjene su stope za redukovanje naknada na 2/3; stvoren je program Radnih inicijativa (WIN)
1981.	Omnibus Zakon o budžetskom usklađivanju iz 1981. godine	Uvećane su stope za redukovanje naknada na 1; nametnuto je ograničenje bruto dohotka; obračunava se prihod maćehe i/ili očuha; uvedeno je odobrenje za odustajanje
1988.	Zakon o podršci porodicama iz 1988. godine	Stvoren je program JOBS za pomoć u obrazovanju, sticanju veština, obuci, traženju posla i drugim radnim aktivnostima; stvoren je program prelaznog staranja o deci i programi Medicaid; AFDC-UP postao je obavezan u svim državama
1996.	Zakon o usklađivanju ličnih odgovornosti i rada	Napušten je program AFDC i stvoren je TANF program

Izvor: IFAU, 2008: 7.

Reforme socijalne pomoći u Americi nastale usvajanjem novih programa smatraju se revolucionarnim od strane njihovih zagovornika i protivnika. One su istovremeno bile podsticajne za evropske države u procesu reformisanja sistema državne pomoći u programe socijalne integracije. Iskustva primene novih rešenja i pozitivni efekti na tržištu rada vidljivi su u smanjenju broja korisnika socijalne pomoći i povećanju zaposlenosti rizičnih grupa. U isto vreme, postoje evidentna ograničenja u realizaciji PRWORA programa, koji se tiču njegove primene u uslovima recesije i nedovoljnog poznavanja stvarnog statusa siromašnih koji su izgubili pravo na socijalnu pomoć.

Literatura I deo

- Aiginger, K. (2006), *Das Europäische Wirtschafts und Sozialmodell*, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, WIFO 97/2006
- Arts, W. Gelissen, J. (2002), *Three Worlds of Welfare Capitalism or More?*, Journal of European Social Policy, Vol. 12(2), London: SAGE Publications
- Barbier, J. C. (2004), *Activation Social Protection and the Employment Insurance*, Belin Meeting, WZB, May 24/25, 2004
- Costelo, A. (1993), *Workfare in Britain? Some perspectives on UK labour market policy*, London: Unemployment Unit
- Dahlberg, A. (2006), *Praktik och ungdomsanställningar i Stockholms stad. En samhällsekonomisk studie*, Spånga: AB Effektivitetsrevision
- Deacon, B. (2003), *Globalisierung und die Herausforderungen für die Soziale Sicherheit*, In: Sigg, R. Behrendt, C. (ed), *Soziale Sicherheit im globalen Dorf*, Bern: Peter Lang
- Delsen, L. van Gestel, N. Pennings, F. (2000), *Introduction: Changes in European social security*, In: van Vugt, J. et al (ed), *Social Security and Solidarity in the European Union, Facts, evaluations and perspectives*, Heidelberg: Physica Verlag
- Dingeldey, I. (2006), *Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung*, Berlin: Das Parlament
- Dolton, P. Balfour, Y. (2002), *Der New Deal, „Welfare to Work“ – Programme in Großbritannien*, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 3, 175–187
- Ebbinghaus, B. Manow, P. (2001), *Introduction: Studying Varieties of Capitalism*, In: *Comparing Welfare Capitalism. Social Policy and Political Economy in Europe, Japan and the USA*. London: New York: Routledge
- Eransus-Begona, P. (2003), *Activation Policies and Basic Income Schemes. From Welfare to Workfare?* Public University of Navarre (Spain), www.socsci.aau.dk/ccws/conference-2004/papers/Begona/Perez.pdf
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton: Princeton University press
- Frevel, B. Dietz, B. (2004), *Sozialpolitik kompakt*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Fromm, S. Sproß, C. (2008), *Die Aktivierung erwebsfähiger Hilfeempfänger*, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt – und Berufsforschung (IAB) 1/2008
- Fultz, E. (2002), *Pension Reform in Central and Eastern Europe (volume 2) – Restructuring with Public Pension Schemes: Case studies of the Czech Republic and Slovenia*, Budapest: International Labor Office
- Institutet för Arbetsmarknadspolitisk Utvärdering (IFAU), Government of Sweden, <http://edirc.repec.org/data/ifagvse.html>
- Kaelble, H. (2004), *Das europäische Sozialmodell – eine historische perspektive*, In: Kaelble, H. Schmidt, G. (ed), *Das europäische Sozialmodell – Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat*, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung

- Larsen, J. E. (2005), *The Active Society and Activation Policy*. <http://www2.ihis.aau.dk/gep/publicationer/nr4.pdf>
- Leibfried, S. (2008), *Stalichkeit im Wandel*, Kiel: Landesfashtagung Politik
- Lisestol, P. M. (2004), *Budućnost države blagostanja*, U: Socijalna politika i socijalni rad – Zbornik radova VI, Beograd: Fakultet političkih nauka
- Lodemel, I. (2000), *Work Integration through Obligatoons to Work*, UWWCLUS Workshop, Brussels <http://www.nuffield.ox.ac.uk/projects/uwwclus/papers/restrict/Lodemel.pdf>
- Perišić, N. (2007), *Evropski socijalni modeli* (magistarski rad), Beograd: Fakultet političkih nauka
- Pfau-Effner, B. (2000), *Kultur und Frauenverwerbstatigkeit in Europa*, Opladen: Theorie und Empiries des internationalen Vergleichs
- Schmognerova, B (2006), *The European Social Model: Reconstruction or Deconstruction?*, Bonn: Friedrich Ebert Stiftung
- Schulte, B. (2004), Die Entwicklung der Sozialpolitik der Europaische Union und ihre Beitrag fur Konstituierung des europaische Sozialmodell, In: Kaelble, H. Schmidt, G. (ed), *Das europaische Sozialmodell – Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat*, Berlin: Wissenschaftszentrum fur Socialforschung
- Soede, A. J. Vrooman, J. C. Ferraresi P. M. Segre. G. (2004), *Unequal Welfare Staates*, The Hague: Social i Cultural Planung Office
- Tomka, B. (2004), Wohlfartsstaatliche Entwicklung in Ostmitteleuropa und das europaische Sozialmodell 1945–1990, In: Kaelble, H. Schmidt, G. (ed), *Das Europaische Sozialmodell – Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat*, Berlin: Wissenschaftszentrum fur Socialforschung
- Vuković, D. (2005), *Socijalna sigurnost i socijalna prava*, Beograd: Fakultet političkih nauka
- Vuković, D. Perišić, N. (2008), *Konceptualni okvir aktivne socijalne politike*, Godišnjak Fakulteta političkih nauka 2008. Beograd: Fakultet političkih nauka
- Wildeboer, S. Vrooman, J. C. de Beer, P. T. (2001), *On Worlds of Welfare*, The Hague: Social i Cultural Planung Office
- Witte, L. (2004), *Europaische Sozialmodell und Sozialer Zusammenhalt: Welsche Rolle spielt die EU?*, Bon: Friedrich Ebert Stiftung

Drugi deo

SOCIJALNA SIGURNOST

1. Demografske promene i politika starenja

Proces negativnih demografskih tendencija u evropskim zemljama doveo je do značajnih promena u starosnoj strukturi stanovništva i krize penzijskih sistema. Povećanje broja starih u opštoj strukturi i pad radno aktivnih, stanje na tržištu rada i rast socijalnih izdataka, predstavljaju opštu karakteristiku u gotovo svim zemljama Evropske unije (27). Projekcije demografskih kretanja do 2060. godine (EC, 2009) ukazuju na dalji pad stope nataliteta, produženje očekivanih godina života, porast broja „najstarijih starih“ i povećanje koeficijenta zavisnosti. Ublažavanje negativnih efekata uočenih demografskih promena dobija na značaju u procesu ostvarenja ciljeva Lisabonske strategije i primene Otvorenog metoda koordinacije (OMK) na polju penzionih reformi.

Izgradnja održivog sistema osiguranja rizika starosti, garantovanje minimuma sigurnosti i smanjivanje zavisnosti od pomoći drugih, predstavlja težište strategijskih pravaca penzionih reformi. Definisani ciljevi politike starenja usmereni su na obezbeđenje aktivne starosti, sprečavanje siromaštva i socijalne isključenosti, jačanje „međugeneracijske solidarnosti“ i razvijanje adekvatnih oblika participacije starih u društvenom životu. Povećanje stope zaposlenosti starijih radnika merama aktivne politike na tržištu rada, podizanje nivoa obrazovanja i sticanje adekvatnih kvalifikacija, samo su neki od elemenata poboljšanja kvaliteta života u starosti.

Koncept „aktivne starosti“ i „doživotnog učenja“ predstavljaju značajnu komponentu konvergencije i koordinacije nacionalnih sistema i sprovođenja zajedničke politike Unije. Izveštaji Komisije o demografskim kretanjima i penzionim reformama rađeni su na osnovu nacionalnih strategijskih dokumenata i usvojenih ciljeva (11) penzione politike. Na putu ka ostvarenju finansijske održivosti i modernizacije penzijskih sistema značajno ulogu ima primena OMK koji obezbeđuje razmenu iskustva i primera pozitivne prakse. I pored kritika koje se tiču preovlađujućih elemenata tržišne logike, reformisani sistemi sadrže elemente solidarnosti i osiguranja prikladne visine penzija.

Koordinacija modela osiguranja izražava se i merama koje su usmerene na veću povezanost penzija i dužine uplate doprinosa, što utiče na produženje radnog

veka i poostravanje uslova za prevremenu penziju. Gotovo sve države članice Unije planiraju dalje podizanje starosne granice, postepeno izjednačavanje uslova za muškarce i žene i usklađivanje iznosa penzija sa rastom troškova života. Sprečavanje siromaštva, obezbeđenje minimuma sigurnosti, značajnija uloga privatnog osiguranja i bolje upravljanje penzijskim sistemima čine sadržinu zajedničkih mera Unije i promena na nacionalnom planu. Pritom treba rešiti probleme koji se tiču stvaranja finansijski održivog sistema u uslovima stalnog rasta izdataka penzijskog i zdravstvenog osiguranja.

1.1. Demografsko starenje

Globalno kretanje demografske strukture stanovništva karakteriše sve izraženiji proces starenja. Promene starosne piramide u evropskim zemljama vidljive su od sredine prošlog veka, dok su se ostali regionii susreli sa problemom starenja znatno kasnije.¹¹ Smanjenje stope nataliteta, pad mortaliteta, očekivane godine života i migracije, smatraju se osnovnim faktorima demografskih transformacija u svetu. Posledice takvog stanja u budućnosti uticaće na pad ukupnog broja stanovnika i poremećaj između radno aktivnog i izdržavanog dela populacije. Kreiranje adekvatne politike starenja ima za cilj stvaranje uslova za aktivnu starost i viši kvalitet života, uz obezbeđenje rizika od siromaštva i socijalne isključenosti. Pritom se kao centralno pitanje postavlja valjano reformisanje penzijskog sistema i obezbeđenje adekvatne nege.

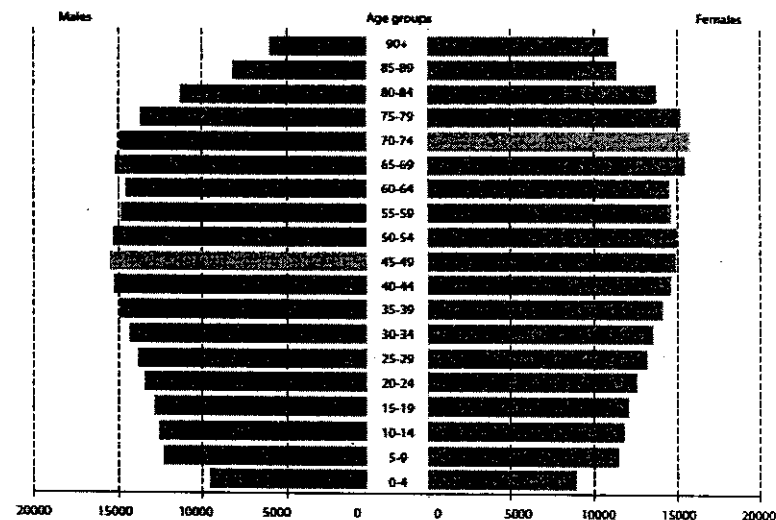
Pitanje demografskog starenja predstavlja polaznu stavku u analizi socijalnih sistema i teškoća u funkcionisanju penzijskog osiguranja. Izazovi promena i projekcije daljih kretanja u evropskim zemljama ukazuju na kritičnu fazu razvoja u periodu odlaska u penziju *baby-boom* generacije. U strukturi stanovništva EU od 2012. godine radno aktivni deo populacije će početi da se smanjuje, dok će broj starijih nastaviti da raste. Stalni rast prosečnog životnog veka i očekivanih godina života je značajan uspeh. Za samo pet decenija život građana Unije produžen je za

¹¹ Prema prognozama Ujedinjenih nacija u 2050. godini na svetu će prvi put u istoriji biti više starijih (60 i više godina) nego mladih (manje od 15 godina). Početkom 21. veka na svetu je bilo 600 miliona starijih, ali će taj broj u narednih pet decenija porasti na 2 milijarde. Stariji su u razvijenim regionima 2000. godine činili petinu stanovništva, a do 2050. godine njihovo učešće će porasti na trećinu. U manje razvijenim regionima sveta učešće starijih će se promeniti sa sadašnjih 8% na 20% ukupnog stanovništva. Starosna medijana svetskog stanovništva u narednim decenijama porašće sa 26 na 36 godina, pri čemu će najmlađe stanovništvo imati Nigerija sa medijanom od 20 godina, a najstarije Španija sa 55 godina. Do sredine milenijuma petina starih imaće 80 i više godina, dok će se odnos između starih i aktivnog dela stanovništva promeniti sa 9:1 u 2000. godini, na 4:1 u 2050. godini. Posmatrano prema polu većinu starih činiće žene, kojih je u 2000. godini bilo za 63 miliona više nego muškaraca sa 60 i više godina.

pet godina, a prema najnovijim prognozama¹² treba očekivati dalji rast u periodu do 2060. godine. U kombinaciji sa nižim fertilitetom treba očekivati dramatične promene u starosnoj strukturi stanovništva.

Projekcija demografske strukture

EU 27: 2060 population by age, groups and sex



Izvor: European Commission, EPS-SPC, 2010: 9.

Stopa fertiliteta kao važan faktor demografskih transformacija u narednim decenijama kretaće se od 1,52 po ženi u 2008. godini do 1,57 u 2030. i 1,64 u 2060. godini. Stopa nataliteta u evropskim zemljama niža je od potrebne za prosto obnavljanje stanovništva koja iznosi 2,1 dete po ženi. To će opredeliti i strukturu ukupnog stanovništva i odnos izdržavanog i radno aktivnog dela. Danska, Francuska, Irska, Finska, Švedska i Engleska imaju stabilnu stopu fertiliteta od 1,8 ali je u jednom broju država članica dostigla nivo od samo 1,4 rođenja po ženi (Bugarska, Češka, Nemačka, Estonija, Grčka, Španija, Italija, Litvanija, Letonija, Mađarska, Poljska, Rumunija, Slovenija i Slovačka).

Pod mortalitetom i produženje očekivanih godina života predstavljaju osnovne elemente demografskih promena u XX veku. Uočeni trend rasta nastaviće se i u budućnosti, tako da će u periodu do 2060. očekivane godine na nivou EU27

¹² U radu su korišćeni podaci studije European Commission: The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2008–2060), Forthcoming European Economy, No. 2/2009.

biti veće za 8,5 godina. To će dovesti do povećanja godina života sa 76 godina u 2008. godini na 84,5 u 2060. godini. Za žene će rast biti sa prosečnih 82,1 u 2008. godini do 89 u 2060. godini. U Estoniji, Litvaniji, Letoniji, Mađarskoj, Slovačkoj, Bugarskoj i Rumuniji, očekivane godine života kretale su se od 66 do 71 godine, i kod ovih država se u projektovanom periodu očekuju najveće promene.

Postojeće razlike među državama članicama EU biće delimično smanjene. U 2008. godini najviši nivo prosečnih godina kod muškaraca bio je u Švedskoj (79 godina), a najniži u Litvaniji (65,9 godina). Iste godine razlike među ženama kretale su se od 84,3 godina u Francuskoj do 76,6 godina u Rumuniji. Promene će se do 2060. godini ispoljiti u vidu pada postojećih razlika u očekivanim godinama života sa 13 godina kod muškaraca do 5 godina (85,5 u Italiji i 80,4 u Litvaniji), dok će kod žena ovaj odnos biti 4 godine (90,1 u Francuskoj i 86,5 u Bugarskoj). Današnja deca će prema aktuelnim projekcijama znatno duže živeti i očekivane godine života za ovaj deo populacije kreću se od 80 do 90 godina (EC – Ageing Report, 2009: 22).

Evropske zemlje tradicionalno privlače veliki broj *migranata*, što se pre svega odnosi na Nemačku, Francusku i Veliku Britaniju. Poslednjih decenija stanje se u velikoj meri promenilo tako da su Italija, Španija, Irska i Grčka postale zemlje iz kojih veliki broj ilegalnih migranata ulazi na teritoriju EU. Dalji tokovi migracija zavisice od ekonomskog razvoja, socijalnih prilika i regulisanja pitanja poželjnog broja pridošlica iz evropskih zemalja i drugih regiona. Projekcije daljeg toka kretanja ukazuju na to da se 2008. godine očekuje priliv od 1 680 000 ljudi (0,33 EU populacije), a zatim sledi pad na 980 000 (2020) i 800 000 u 2060. godini (0,16% EU populacije). Ukupan broj migranata do 2060. godine projektovan je na 46,2 miliona, što će u znatnoj meri uticati na strukturu stanovništva.

Demografske promene karakteriše i sve izraženije *starenje stanovništva*, kao rezultat smanjenja stope fertiliteta, pada mortaliteta i rasta očekivanih godina života. Prosečna starost na EU prostoru kretaće se od 40,4 godina u 2008. do 47,9 u 2060. godini. Prognoze pokazuju da će broj lica starijih od 65 godina porasti sa 85 miliona u 2008. godini na 151 miliona 2060. godine u 27 zemalja članica EU. Izrazite promene biće zabeležene kod najstarijeg dela populacije, tako da će broj lica sa preko 80 godina porasti sa 22 miliona u 2008. godini do 61 milion 2060. godine. Promene odnosa radno aktivnog i starijeg stanovništva odraziće se na „stopu zavisnosti“ lica od 15–64 godina i onih sa 65 i više godina. U periodu do 2060. godine projektovana stopa biće dvostruko veća, tj. porašće sa 25,4% na 53,5% u EU. Na tržištu rada učešće radno sposobnih porašće sa 70,6% u 2007. godini na 74,1% u 2060. godini. Najveće promene biće u grupi lica od 55 do 64 godina (oko 20%) i to pre svega kod žena (EC – Ageing Report, 2009).

1.2. Politika starenja

Suočene sa sve izraženijim problemom starenja stanovništva evropske zemlje su razvile čitav sistem mera u cilju predupređenja očekivanih ekonomskih i socijalnih posledica. Na nivou Unije pitanje starenja stanovništva sve više se razmatra u okviru politike starenja, koja je u 1999. godini bila usmerena na obeležavanje svetske godine starih. U narednom periodu Evropska komisija i Savet su inicirali čvršću saradnju zemalja članica i obavezale ih na to da problem starenja posmatraju u kontekstu budžetske politike, politike zaposlenosti i socijalne zaštite. U sklopu odredbi koje se tiču borbe protiv diskriminacije koje su sadržane u Ugovoru EU pored ostalih oblika, navedena je i zabrana diskriminacija starih, dok su u Povelji o osnovnim socijalnim pravima iz 1989. godine posebno navedena prava starih lica.

Evropskom strategijom zapošljavanja (Lisabon, 2000; Stokholm, 2001) predviđeno je povećanje zaposlenosti starijih radnika (55–64 godina) na 50% do 2010. godine. Evropska komisija je 2005. godine donela Zelenu knjigu „Suočavanje sa demografskim promenama – nova solidarnost među generacijama“. U izveštajima, preporukama i smernicama Saveta i Komisije kao posebni izazovi istaknuti su negativni efekti starenja radne snage i potreba kreiranja adekvatne politike zapošljavanja i upravljanja ljudskim resursima; pritisak na sisteme penzijskog osiguranja i javnih finansija kao rezultat porasta broja penzionera; rast potreba za zdravstvenom zaštitom i negom starih i posledice koje se tiču polnih razlika i povećanih rizika kod ženskog dela populacije.

Politika starenja predstavlja takođe sastavni deo socijalne agende (2006–2010) koja sadrži katalog prioriternih mera na nivou Unije. U tom smislu skicirane su i mere koje se tiču međusobne saradnje na području politike zaposlenosti, socijalne zaštite i ekonomske politike, kao i sagledavanje efekata starenja stanovništva na tim područjima. Cilj politike starih Evropske unije je „korišćenje punih potencijala ljudi svih starosnih grupa“ imajući pritom u vidu specifičnost potreba starijih i razlike koje se tiču polne strukture. Rezultat toga je i „politika aktivne starosti“ čije su najznačajnije komponente: doživotno učenje, produženje radnog veka, kasniji i postepen odlazak u penziju, aktivan život u penziji kao i medicinske i druge mere. Na tim osnovama trebalo bi podići kvalitet života starih, smanjiti njihovu zavisnost i obezbediti sredstva za pokrivanje troškova zdravstvene i drugih oblika zaštite.

Strategijskim pravcima predviđeno je: savlađivanje ekonomskih efekata starenja stanovništva sa ciljem da se obezbedi privredni razvoj i solidarnost javnog budžeta, prilagođavanje na činjenicu da će radno sposobno stanovništvo biti sve starije, sigurnost prikladne, trajne i prilagodljive penzije i pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti u okviru finansijski stabilnog zdravstvenog sistema. Održavanje privrednog rasta i solidarnost javnog budžeta, vezuje se za uticaj starenja stanovništva na penzijske fondove i povećana izdvajanja u sistemu penzijskog

osiguranja, zdravstvene zaštite i nege starih, što se odražava na rast budžetskih (javnih) izdataka.

Projekcija stope starosne zavisnosti* (u %)

	2000.	2020.	2030.	2050.
Belgija	25,5	32,2	41,3	47,8
Bugarska	23,8	33,0	40,4	55,4
Češka Republika	19,8	31,8	37,1	51,2
Danska	22,2	31,2	37,1	42,0
Nemačka	22,0	35,1	46,0	55,8
Estonija	22,4	28,7	33,4	43,1
Irska	16,8	22,5	28,3	45,3
Grčka	24,2	32,5	39,1	58,8
Španija	24,5	30,0	45,9	67,5
Francuska	24,3	33,2	40,7	47,9
Italija	26,8	36,6	45,2	66,0
Kipar	17,0	25,5	32,9	
Latvija	22,1	28,0	33,4	44,1
Litvanija	20,8	26,0	33,4	44,9
Luksemburg	21,4	24,7	31,5	36,1
Mađarska	22,0	31,2	36,0	48,3
Malta	17,9	30,0	35,5	40,6
Holandija	20,0	29,0	36,7	38,6
Austrija	22,9	30,3	40,8	53,2
Poljska	17,6	27,1	35,7	51,0
Portugalija	23,7	28,8	39,0	58,1
Rumunija	19,7	22,1	29,6	51,1
Slovenija	19,8	25,9	40,4	55,6
Slovačka Republika	16,6	19,1	31,7	50,6
Finska	22,2	37,0	45,0	46,7
Švedska	26,9	32,0	38,5	40,9
Velika Britanija	24,3	28,1	37,4	45,3
EU25	23,4	28,9	40,3	52,8

* odnos broja starih sa 65 i više godina prema radno aktivnim 15–64
Izvor: Eurostat: EUPHIX.

Prilagođavanje na starenje i smanjenje radno aktivnog stanovništva, zasnovano je na činjenici da će u naredne dve decenije broj Evropljana starosne grupe od 20 do 29 godina biti smanjen za 20%, dok će u istom vremenskom periodu doći do porasta broja lica starosne grupe od 50–64 godina za 25%, što će se direktno odraziti na porast broja penzionera. Imajući u vidu demografske promene u pojedinim zemljama članicama, ove promene će biti različite, ali se kao generalni

trend na prostoru Unije može uzeti činjenica o promenama u strukturi i broju radno aktivnog dela stanovništva. Efekti ovih promena tiču se ne samo potrebe za definisanjem politike starenja, već i redefinisanja politike zapošljavanja u pravcu većeg obuhvata „starijih radnika“ i žena. Otuda se starenje stanovništva na nivou Unije posmatra kao važan element u obezbeđenju uslova za podizanje stope zaposlenosti i posebno uključivanja žena u svet rada.

To zahteva poštovanje principa jednakosti prema godinama života i polu, kao i dalje razvijanje mreže institucija i uslužnog sektora koji će obezbediti usklađivanje porodičnih obaveza sa zahtevima na radnom mestu. U tom kontekstu politika zapošljavanja mora biti usmerena na što duži ostanak na radnom mestu, prilagođavanje zahtevima nove tehnologije, uključivanje starijih, posebne programe stručnog osposobljavanja i prekvalifikacije, itd. Cilj aktivne politike zapošljavanja je da se stvore uslovi za što duži radni vek i podizanje starosne granice za odlazak u penziju i smanjenje broja lica koja prevremeno odlaze u penziju. „Aktivna starost“ je jedan od centralnih elemenata evropske politike zapošljavanja i značajan korak u obezbeđenju pune zaposlenosti na prostoru Unije.

Suočavanje sa demografskim promenama u EU i nova solidarnost nailaze na ograničenja koja se tiču promena porodične strukture. Evropljani imaju manje dece nego što žele, zbog mnogobrojnih ograničenja koja utiču na odluke potencijalnih roditelja i teškoće u podizanju dece. Prema stavovima Evropske komisije iznetini u Zelenoj knjizi (2005) uočeni negativni trend demografskih promena zahteva mere usmerene na usklađivanje porodičnih i radnih obaveza njenih članova. Da bi porodica i dalje imala značajnu ulogu u međugeneracijskoj solidarnosti potrebno je otkloniti prepreke koje se tiču adekvatnog stambenog prostora, usluga zbrinjavanja i nege, socijalnih transfera, itd. Značajan izvor mlađeg stanovništva predstavljaju migrantske porodice sa većim brojem članova, pa otuda treba razvijati mehanizme njihove integracije politikom jednakih šansi za sve.

Krajnji cilj navedenih i drugih mera u suočavanju sa problemom starih sastoji se u ispunjavanju sledećih zadataka: povratak demografskom rastu povećanjem stope rađanja i pravičnim korišćenjem priliva migranata; uspostavljanje ravnoteže među generacijama u korišćenju dobrobiti ekonomskog rasta i učešću u obezbeđivanju sredstava za isplatu penzija, zdravstvene zaštite i nege; učvršćivanje veza između različitih životnih stadijuma, aktivnosti i neaktivnosti.

1.3. Obezbeđenje sigurne starosti

Osiguranje od osnovnih socijalnih rizika (nezaposlenost, zdravstvena zaštita i dugotrajna nega, invalidnost, porodične i beneficije za decu, starosne i druge penzije) u okviru sistema socijalne sigurnosti država članica EU, ima značajnu ekonomsku i redistributivnu funkciju. Socijalni izdaci čine deo javnih državnih

izdvajanja i dostižu četvrtinu BDP, pri čemu su vidljive razlike između nacionalnih sistema.

„Obezbeđenje dovoljnih i održivih prihoda u starosti za EU građane sada i u budućnosti, je prioritet Evropske unije. Postizanje tog cilja u Evropi, u kojoj su ljudi sve stariji, je veliki izazov. Većina država članica je pokušala da se uz pomoć penzionih reformi pripremi za to (...). Najnovija finansijska i ekonomska kriza još više je istakla posledice masovnog demografskog starenja. Kriza je pokazala da se mora više učiniti, da se poveća efikasnost i sigurnost penzionih i starosnih sistema, koji ljudima nude ne samo mogućnost za dostojan život u starosti, već i nagradu za ceo radni vek“ (EU, 2010: 2).

Osnovni instrumenti za obezbeđenje adekvatnog nivoa životnog standarda starih čine sadržinu penzijskih sistema država članica. Na nivou Unije nacionalni sistemi se podstiču različitim merama da postignu ciljeve koordinacije i strateške prioritete. Evropska komisija smatra da teme kao što su funkcionisanje unutrašnjeg tržišta, zahtevi pakta za stabilnost i rast, ili kompatibilnost penzionih reformi sa strategijom „Evropa 2020“ treba koordinirati. Sistemi zaštite koji obezbeđuju adekvatne penzije i zadovoljavajući životni standard nakon prestanka sa radom, igraju značajnu ulogu u ostvarenju ciljeva definisanih u okviru socijalne kohezije. Rast izdataka za javne penzijske sisteme u jednoj zemlji može imati posledice i u drugim članicama Unije. Strateška koordinacija u oblasti penzija pokazala se neophodnom i korisnom za napredak u reformi penzionih sistema. Pored toga, penzioni fondovi predstavljaju sastavni deo finansijskog tržišta i njihovo dizajniranje može da podstiče ili sprečava slobodno kretanje kapitala.

Na nivou Unije proces konvergencije penzijskih sistema odvijao se pod uticajem promena na nacionalnom nivou, transfera između pojedinih država i toka evropskih integracija. Pritom su od posebne važnosti socio-ekonomski uslovi razvoja, politički i institucionalni faktori, kao i evropeizacija socijalne politike. „Strategija konvergencije“ rezultirala je usvajanjem preporuka Saveta¹³ i zahtevima za razmenom informacija i primera „pozitivne prakse“ između država članica, dok je harmonizacija nacionalnih sistema odbijena. Komponente približavanja vidljive su u procesu uvođenja principa kapitalizacije sredstava u sistemima koji su tradicionalno funkcionisali na bazi tekućeg finansiranja, uvođenju „tri stuba“ osiguranja, primeni principa ekvivalencije između uplata i visine penzija, podizanju starosne granice po pravilu na 65 godina, izjednačavanju uslova za žene i muškarce, snižavanju iznosa penzija i stvaranju uslova za održivost sistema za buduće generacije.

Obezbeđenje sigurne starosti zasniva se na konceptu razvoja *prikladnog, trajnog i finansijski prilagodljivog penzionog sistema*, kao odgovor na uočene i

¹³ Council Recommendation 92/442/EEC (Convergence of Social Protection Objectives and Policies); Council Recommendation 92/442/EEC (Common Criteria Concerning Sufficient Resources and Social Assistance in the Social Protection Systems).

prognozirane tendencije starenja stanovništva. Dostizanje socijalno-političkih ciljeva Unije, finansijske stabilnosti i prilagođavanja na društvene promene, zahteva pružanje pomoći državama članicama da se postignu definisani ciljevi u okviru nacionalnih strategija. Oni se tiču produženja radnog veka i obezbeđenja višeg nivoa osnove za obračun penzije, uz istovremeno podizanje starosne granice za odlazak u penziju.

S obzirom na različitost postojećih sistema strateški pravci reformi moraju biti usmereni na obezbeđenje trajnih davanja koja garantuju nivo sigurnosti iznad linije siromaštva i poštovanje principa generacijske solidarnosti. Pritom je potrebno stvoriti uslove za poštovanje principa jednakosti muškaraca i žena i sprečavanje svih oblika diskriminacije prema polu. To zahteva odbacivanje „stavova o muškarcima koji zarađuju i prehranjuju porodicu“ i prihvatanje nove uloge žene-majke na tržištu rada. Prema usvojenom zajedničkom stavu (Komisije, Saveta) penzioni sistemi moraju biti transparentni, lako razumljivi sa definisanim pravima i sigurnim osnovama dugoročnog finansiranja.

Osiguranje pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti i dugotrajnoj nezi, predstavlja značajnu stavku u osiguranju sigurne starosti. Produženje životnog veka i povećanje broja starih zahteva kreiranje politike koja će u budućnosti osigurati zaštitu i negu onom delu populacije starih kojima je to potrebno. Pritom je veoma važno imati u vidu činjenice da žene čine većinu najstarijih starih, i da postojeći sistemi ne pružaju sigurnost u pogledu potreba za tuđom negom. Porast broja starih iznad 79 godina dovela će do rasta izdataka u zdravstvu i socijalnoj zaštiti i proširenja službi koje se bave pružanjem usluga starim licima. To podrazumeva razvoj javnog i neformalnog sektora, pri čemu se moraju imati u vidu visoki standardi i utvrđeni kriteriji stimulisanja privatne inicijative, kako bi se preraspodelili poslovi i zadovoljile sve veće potrebe.

U političkim smernicama za Komisiju 2010. godine predsednik José Manuel Barroso je naglasio da su primerene i održive penzije od velike važnosti za jačanje socijalne kohezije.

„Milion Evropljana ne bi mogli da opstanu bez svojih penzija. Kriza je pokazala da nam je potreban koncept zbrinjavanja u starosti na evropskom nivou. Dalje je pojasnila u kolikoj meri različiti stubovi zbrinjavanja zavise jedni od drugih u okviru jedne države članice i kako je neophodno na nivou Unije izraditi zajedničke koncepte za solventne i održive sisteme zbrinjavanja. Tokom krize se takođe pokazalo da penzioni fondovi imaju značajnu ulogu u finansijskom sistemu. Moramo da se postaramo za to da penzije ispunjavaju svoju svrhu i da sadašnjim i budućim penzionerima – i socijalno najslabijima među njima – obezbede najveću moguću podršku“ (EU, 2010: 2).

„Zelena knjiga“ o primerenim, održivim i sigurnim evropskim penzijskim sistemima (juli 2010) neposredno se dovodi u vezu sa stratejskim ciljevima Evrope 2020. (o inteligentnom, održivom i integrativnom razvoju). Postizanje ciljeva o

povećanju stope zaposlenosti sa 69% na 75% podrazumeva više zaposlenih lica od 55–65 godina. Bitnu komponentu integrativnog rasta čini borba protiv siromaštva merama koje obezbeđuju socijalnu i teritorijalnu koheziju, kako bi koristi od ekonomskog rasta imali i siromašni. Socijalne beneficije doprinose smanjenju siromaštva, pa je otuda veoma važno obezbediti sigurnost primanja nakon odlaska u penziju i prestanka sa radom. Reforme penzijskog sistema treba da doprinesu ostvarenju strateških prioriteta (2010–2020) i u delu koji se tiče zajedničkog tržišta, mobilnosti radne snage i održivosti javnih finansijskih sistema.

Danas u svim evropskim zemljama postoje „dva idealna tipa“ penzijskog osiguranja: „Bizmarkov model“ koji se bazira na doprinosima i „Beveridžov model“ poreskog finansiranja.¹⁴ Zajednički cilj oba sistema je osiguranje rizika starosti, ali se on ostvaruje u okviru definisanih uslova. U državama koje su prihvatile „korporativni model“ penzija se određuje u zavisnosti od vremena i visine uplaćenih doprinosa, odnosno vremena obaveznog osiguranja po osnovu zaposlenosti. Na drugom kraju su zemlje u kojima se osnovna penzija obezbeđuje nezavisno od formalnog zaposlenja, a njena visina obezbeđuje osnovno osiguranje u periodu starosti. „Penziona šema“ zavisi od prihvaćenog modela, ali se većina zemalja EU odlučuje za mešovita rešenja koja u koordinaciji napora na nivou Unije kao celine vode njihovom približavanju. Nacionalne strategije reformi formulisane su u cilju otklanjanja finansijskih teškoća nastalih zbog ubrzanog rasta socijalnih izdataka i stvaranje mehanizama koji će obezbediti sigurnu starost.

U međuvremenu je došlo do približavanja oba modela u pogledu pristupa predviđenim pravima, uslova, a takođe i finansiranja etabliranih sistema penzijskog osiguranja. Članice Unije u kojima je prihvaćen tzv. „Beveridžov model“ pored penzija koje se obezbeđuju iz budžeta uvele su „dodatne penzije“ po osnovu zaposlenosti, odnosno uplate doprinosa poslodavaca i zaposlenih. Visina penzija, kao i u državama sa Bizmarkovim modelom zavisi od uslova koji se tiču godina života, dužine i visine izdvajanja, dok su „nacionalne penzije“ usmerene na lica sa nižim prihodima. U isto vreme veliki broj sistema zasnovanih na tekućem finansiranju zavisi od dodatnih dotacija države, zbog rasta izdataka za penzije koje ne pokrivaju sredstva prikupljena doprinosima zaposlenih. Otuda se danas u praksi sreću „mešoviti modeli“ koji se finansiraju putem doprinosa i sredstava poreskih obveznika u budžetu.

Ostvarivanje prava na penziju u javnom sistemu (obavezno osiguranje) u zemljama članicama Unije u osnovi je definisano dužinom staža osiguranja, uplatom doprinosa, godinama života i boravkom ili državljanstvom (za nacionalne ili garantovane penzije u skandinavskim zemljama). Starosna granica kao preduslov za ostvarivanje prava na penziju određena je različito za žene, sa tendencijom

¹⁴ Obavezno penzijsko osiguranje industrijskih radnika uvedeno u Nemačkoj u periodu „Bizmarkovih reformi“ (1883–1889), a danas je razvijeno u kontinentalnim evropskim zemljama (Nemačka, Francuska, Austrija, Belgija, Italija, Španija, Mađarska). U Danskoj su 1891. godine udareni temelji dobrovoljnom osiguranju koji je u periodu razvoja „države blagostanja“ prihvaćen u Velikoj Britaniji, nordijskim (Švedska, Finska, Danska, Norveška...) i anglo-američkim državama (Velika Britanija, Irska, Australija, Kanada, Novi Zeland).

izjednačavanja u narednim godinama. Postepeno podizanje starosne granice za žene u Belgiji (2002. na 62 godine) predviđeno je do 2009. godine, u Velikoj Britaniji i Austriji (60) između 2010. i 2020. odnosno 2024. i 2033. godine. Danska je odložila primenu propisa koji predviđaju podizanje starosne granice na 76 godina, i zadržala rešenja sa 65 godina do 2020. godine. Irska i Velika Britanija planiraju zakonsku granicu od 68 godina za muškarce i žene od 2020. godine, dok se većina ostalih zemalja članica zadržava na nivou od 65 godina. Odlazak sa tržišta rada u EU27 bio je u proseku 59,9 godina 2001. godine, a zatim je zabeležen rast na 61,4 godine.

Visina penzije obračunava se prema važećim propisima u državama članicama, pri čemu se razlikuju zemlje u kojima se isplaćuju „jednake osnovne penzije“ za sve korisnike (diferencirano samo prema broju članova) i penzije koje zavise od prethodno ostvarenih zarada (indeksiranih). Usklađivanje penzija vrši se po pravilu jednom godišnje saglasno indeksu rasta troškova života, dok su pitanja minimalnog i maksimalnog iznosa, poreskih opterećenja, plaćanja doprinosa, ili isplata više penzija godišnje (Austrija, Španija, Portugalija), različito uređeni u državama članicama Unije. Za obračun penzije važno je takođe (MISSOC) i vreme odsustva koje nije pokriveno doprinosima (npr. podizanje dece) i da li se ono računa u potreban staž osiguranja.

Najvažniji izvori finansiranja socijalne sigurnosti su doprinosi poslodavaca i zaposlenih (uključujući i samozaposlene). U zemljama sa Bizmarkovim modelom najveći deo sredstava obezbeđuje se iz doprinosa, dok kod onih sa Beveridžovim modelom najveći deo prihoda potiče iz budžeta, odnosno poreza. Obezbeđenje sredstava za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite, dugotrajne nege, potpora porodici i deci, u najvećem broju zemalja ostvaruje se iz budžeta, dok se po osnovu socijalnog osiguranja prikupljeni doprinosi usmeravaju na isplatu penzije i naknada nezaposlenima.

Zakonska starosna granica i prosečna godina odlaska sa tržišta rada

Država	Prosečna godina odlaska		Zakonska starosna granica M/Ž		Promene od 2020 M/Ž
	2001	2008	2009	2020	
Belgija	56,8	61,6*	65/65	65/65	-
Bugarska	58,4	61,5	63/60	63/60	-
Česka R.	58,9	60,6	632/60,8m	63,8/63,4m	65/65
Danska	61,6	61,3	65/65	65/65	67+/67***
Nemačka	60,6	61,7	65/65	65,9/65,9m	67/67
Estonija	61,1	62,1	63/61	63/63	-
Irska	63,2	64,1**	65/65	65/65(66/66)	(68/68)
Grčka	61,3'	61,4	65/60	65/60	65/60
Španija	60,3	62,6	65/65	65/65	
Francuska	58,1	59,3	60/65	60/60	
Italija	59,8	60,8	65/60	65/60****	***
Kipar	62,3	63,5*	65/65	65/65	-
Latvija	62,4	62,7	62/62	62/62	-
Litvanija	58,9	59,9**	62,6/60	64/63	65/65
Luksemburg	56,8	-	65/65	65/65(66/66)	(67/67)
Mađarska	57,6	-	62/62	64/64	65/65
Malta	57,6	59,8	61/60	63/63	65/65
Holandija	60,9	63,2	65/65	65/65(66/66)	(67/67)
Austrija	59,2	60,9*	65/60	63/63	65/65
Poljska	56,6	59,3*	65/60	65/60	-
Portugalija	61,9	62,6*	65/65	65/65	-
Rumunija	59,8	55,5	63,8/58,8	65/60(65/61,11)	65/65
Slovenija	56,6'	59,8**	63/61	63/61 (65/65)	-
Slovačka	57,5	58,7*	62/59	62 62	-
Finska	61,4	61,6*	65/65,63/68	65/65(64,8-68)	65/65(65-68)
Švedska	62,1	63,8	61-67	61-67	-
Velika Britanija	62,0	63,1	65/60	65/65	68/68
EU27 (prosek)	59,9	61,4			

Napomene: ' 2002, * 2007, ** 2006, predloženo ali još nije ozakonjeno *** godine penzionisanja prate povećanje očekivanih godina života kroz vreme, uvodeći fleksibilnost u obezbeđivanju penzija; Švedska: garantovana penzija dostupna od 65 godine;

Izvor: Eurostat, MISSOC, Ageing Report.

Javni izdaci za penzije (% GDP)

Država	2007.	2030.	2060.	Promene 2007-2060%
Belgija	10,0	13,9	14,7	4,8
Bugarska	8,3	8,4	11,3	3,0
Česka Republika	7,8	7,1	11,0	3,3
Danska	9,1	10,6	9,2	0,1
Nemačka	10,4	11,5	12,8	2,3
Estonija	5,6	5,6	4,9	-0,7
Irska	5,2	7,5	11,3	6,1
Grčka	11,7	17,1	24,1	12,4
Španija	8,4	10,8	17,7	11,4
Francuska	13,0	14,2	14,0	1,0
Italija	14,0	14,8	13,6	-0,4
Kipar	6,3	10,8	17,7	11,4
Latvija	5,4	5,9	5,1	-0,4
Litvanija	6,8	8,2	11,4	4,6
Luksemburg	8,7	14,2	23,9	15,2
Mađarska	10,9	11,0	13,8	3,0
Malta	7,2	9,3	13,4	6,2
Holandija	6,6	9,3	10,5	4,0
Austrija	12,8	13,8	13,6	0,9
Poljska	11,6	9,4	8,8	-2,8
Portugalija	11,4	12,6	13,4	2,1
Rumunija	6,6	10,4	15,8	9,2
Slovenija	9,9	13,3	18,6	8,8
Slovačka	6,8	7,3	10,2	3,4
Finska	10,0	13,9	13,4	3,3
Švedska	9,5	9,5	9,4	-0,1
Velika Britanija	6,6	7,6	9,3	2,7
EU27 (prosek)	10,2	11,4	12,6	2,8

Izvor: Eurostat, MISSOC, Ageing Report.

Prosečni izdaci za socijalnu zaštitu u EU27 u 2007. godini činili su 25,2% BDP (bez administrativnih troškova), pri čemu su najmanja izdvajanja bila u Latviji (10%), Estoniji (12,3%) i Rumuniji (12,6%). Najveće učešće (% BDP u 2007. godini) imaju Švedska i Francuska (29%), zatim Danska i Belgija (28,5%), Austrija (27%) i Nemačka (26%) (EC – Joint Report, 2010: 188). U strukturi ukupnih troškova socijalne zaštite najveći deo čine izdvajanja za penzije u svim zemljama članicama Unije. Penzije obuhvataju invalidske penzije, rano penzionisanje kao posledica smanjenih radnih kapaciteta, starosne i delimične penzije i beneficije kod ranog penzionisanja koje nastaje kao posledica promena na tržištu rada. U 2007.

godini izdaci za penzije i ostale oblike pomoći starima činili su 10,2% BDP i oni će u periodu do 2060. godine porasti za 2,8%.

Projekcije daljeg kretanja socijalnih izdataka ukazuju na veliki uticaj demografskih promena na strukturu prihoda i rashoda i preraspodelu u okviru područja sistema socijalne sigurnosti. Izdaci u okviru javnog sistema porašće u Luksemburgu (15,2%), Grčkoj (12,4%) i Kipru (11,4%). U isto vreme kod jednog broja država izdaci za penzije će biti veći od 5–10% (Irska, Malta, Španija, Rumunija, Slovenija). U najvećem broju zemalja (Belgija, Bugarska, Češka, Nemačka, Francuska, Litvanija, Mađarska, Holandija, Austrija, Portugalija, Slovačka, Finska, Velika Britanija) promene će se kretati do 5% BDP. Na drugoj strani su države u kojima će izdaci za penzije ostati na nivou iz 2007. godine, neznatno će porasti ili će doći do pada (Danska, Švedska, Latvija, Italija i Estonija (EC – Ageing Report, 2009: 31).

2.1. Koordinacija nacionalnih sistema

Uvođenje Otvorenog metoda koordinacije (OMK) u Lisabonu 2000. godine počelo je u oblasti zapošljavanja da bi se zatim pozitivna iskustva prenela i na druga područja socijalne politike – socijalna isključenost, penziono osiguranje, zdravstvena politika, nega starih. Predviđene mere decentralizacije i systemske koordinacije prevazilaze neobavezujuću saradnju i dobrovoljni transfer, pa se otuda smatra da „OMK¹⁵ ima sopstvenu logiku i da se može tumačiti kao kompromis između logike čiste integracije i logike proste saradnje“. Značajno je takođe da u čitavom procesu nisu predviđeni mehanizmi sankcija, što se u nekim slučajevima tumači kao propust koji umanjuje napore ka izgradnji evropskog socijalnog modela. Uvođenjem OMK penziono politika EU je nesumnjivo ušla u novu fazu jer se EU više ne ograničava na to da predlaže opšte i neobavezujuće ciljeve već je prešla na sistematsko poređenje performansi zemalja članica.

Evropski Savet je u Laekenu 2001. godine postavio posebne ciljeve (11) u oblasti penzione politike:

„Primerenost penzija. Zemlje članice treba da obezbede da penzioni sistemi zadovoljavaju socijalno-političke ciljeve. Uzimajući u obzir specifične uslove na nacionalnom nivou treba da ispune sledeće pretpostavke: 1. da obezbede da siromaštvo ne ugrožava starije i da imaju primeren životni standard; 2. da obezbede svim ljudima pristup odgovarajućem državnom i/ili penzionom osigurnju; 3. da podstiču solidarnost između generacija.

¹⁵ Otvoreni metod koordinacije sastoji se iz četiri elementa: 1. izrade ciljeva i specifičnih vremenskih planova u kratkoročnom i dugoročnom periodu; 2. ustanovljavanja kvantitativnih i kvalitativnih indikatora i benchmarks-a (najbolja rešenja); 3. ugradnje evropskih ciljeva u nacionalne i regionalne politike; 4. redovnih monitoringa, evaluacija i peer-review.

Financijska održivost penzijskog sistema preko Policy-Mix-a: 4. ostvariti visok nivo zaposlenosti; 5. obezbediti da sve relevantne komponente socijalnog osiguranja pruže podsticaje za zapošljavanje starije radne snage; 6. reformisati penzione sisteme na taj način da najviši cilj bude održivost javnih finansija; 7. obezbediti da u okviru penzionih doprinosa i penzionih reformi između aktivnih lica i pensionera bude ravnoteža; 8. obezbediti da penzioni sistemi bazirani na kapitalu nude isplate sa odgovarajućom efikasnošću, povoljnošću, održivošću i sigurnošću.

Modernizacija penzionih sistema kao reakcija na promene potreba privrede, društva i pojedinca: 9. obezbediti da su penzioni sistemi usklađeni sa zahtevima fleksibilnosti i sigurnosti na tržištu rada; 10. poštovati princip ravnopravnosti žena i muškaraca; 11. unaprediti transparentnost i prilagodljivost penzionih sistema da bi građani i dalje imali poverenje u te sisteme.

Prvi nacionalni strategijski izveštaji prema privremenim statističkim indikatorima urađeni su 2002. godine, a u proleće naredne godine Komisija i Savet su sačinili zajednički izveštaj o „Primerenim i održivim penzijama“. U njemu je konstatovano da su države članice EU (15) još 1990-ih godina preduzele korake kako bi se otklonili problemi u finansiranju nastali u uslovima demografskog starenja i visoke stope nezaposlenosti. I pored raznolikosti reformskih procesa u izveštaju su navedene neke opšte karakteristike:

- ⇒ uvođenje penzijske komponente zasnovane na kapitalizaciji, naročito u sistemima koji se tradicionalno baziraju na sistemu doprinosa;
- ⇒ razvoj mešovitenih penzionih sistema koji se oslanjaju na tri stuba: I se finansira iz doprinosa, II iz kapitalizacije sredstava, III iz dodatnih doprinosa;
- ⇒ višestruko finansiranje penzija putem doprinosa i poreza, pri čemu se redukuje dominantnost prvobitnih oblika finansiranja;
- ⇒ osnaživanje ekvivalentnosti između visina penzija i uplaćenih doprinosa. Time se I stub približava ekvivalentnosti II stuba;
- ⇒ jedinstveno podizanje starosne granice za penziju do po pravilu najmanje 65 godina i izjednačavanje muškaraca i žena u tom pogledu;
- ⇒ snižavanje budućeg nivoa penzija, između ostalog menjanjem uslova ugrađivanjem demografskih ili sveobuhvatnih komponenti održivosti u penzionu formulu (Busch, 2005: 39).

Evropski savet je u martu 2003. godine zaključio da je potrebno „nastaviti proces penzionih reformi u državama članicama i dalje uvođenje OMK“. U 2005. godini izvršene su neke izmene Lisabonske strategije i donetih smernica, sa ciljem da se ojača proces koordinacije u oblasti socijalne zaštite (socijalne sigurnosti) i socijalne uključenosti na nivou Unije. OMK u oblasti penzija, socijalne uključenosti, zdravstva i dugotrajne nege, trebalo je usmeriti na politiku modernizacije i

sagledavanja pozitivnih efekata revidirane strategije, uz pojednostavljenje procesa izveštavanja i intenziviranja razmene pozitivnih iskustava. Zajednički izveštaj o socijalnoj uključenosti i socijalnoj zaštiti rezultat je analize nacionalnih strategija i reformskih procesa usmerenih na dostizanje postavljenih ciljeva.

Politika definisana u Leakenu 2001. godine, 11 principa i četiri akciona cilja u zajedničkom izveštaju iz 2003. godine, i dalje su aktuelni. Produženje radnog veka, čvršća veza iznosa penzija i doprinosa, kreiranje penzijskih sistema saglasno strukturnim promenama i jačanje solidarnosti preko minimalnih penzija, predstavljaju opštu karakteristiku reformi nacionalnih sistema. U novije vreme posebno značenje pridaje se promenama javnog i privatnog osiguranja i poboljšanju upravljanja penzijskim sistemima.

Uvođenje OMK omogućilo je državama članicama da učine napredak u pravcu rešavanja problema održivosti važećih penzijskih sistema i postavljanja jasnih ciljeva reformi. Prema zaključcima Komisije, u narednom periodu trebalo bi više pažnje posvetiti analizi „pojedinačnih pitanja“ i indikatorima koji obezbeđuju praćenje napretka i ostvarivanje zajedničkih ciljeva. U tom pravcu treba usmeriti i političke analize i razmene „pozitivne prakse“, pri čemu se kao moguća pitanja „horizontalne analize“ nameću: modaliteti obezbeđenja minimalne penzije za stare, jača povezanost doprinosa i prava (imajući u vidu vreme obračuna potrebnog staža i razlike između polova), produženje radnog veka, razvoj sistema privatnog osiguranja, povremene provere i promene. Izrada specijalnih studija i zajedničkih izveštaja o pojedinim pitanjima, pored nacionalnih strategijskih dokumenata i primene OMK, ima za cilj ostvarivanje Lisabonske strategije.

2.2. Penzione reforme

Reformisanje penzijskih sistema u kontekstu socio-ekonomske stabilnosti društva koje stari odvijalo se pod snažnim uticajem Svetske banke (WB, 1994) koja je predložila „višestubni model“ za uspostavljanje financijske ravnoteže¹⁶. Decenijsko iskustvo, konsultacije sa kreatorima politika, stručnjacima za penzije i predstavnicima građanskog društva, rezultirali su promenom stavova i novim predlozima reformi. Polazeći od osnovnih ciljeva penzijskih sistema („olakšavanje siromaštva i ujednačavanje potrošnje“) revidirani koncept (Holzman, Heinz, WB: 2005) predložen je kao okvir, a ne nacrt reformi koje pojedine zemlje treba da sprovedu. On se u većoj meri zasniva na uvažavanju specifičnosti u datim zemljama kako bi se obezbedila „prilagođena implementacija“ i primena u više faza.

¹⁶ Čile je 1981. godine prvi izvršio privatizaciju javnog sistema, dok su druge latino-američke države prihvatile mešovita rešenja koja podrazumevaju postojanje obaveznog (državnog) i privatnog osiguranja.

„Kao rezultat toga, originalni koncept konkretne trostubne strukture – (a) obaveznog, nefondovskog i javno upravljanog sistema sa definisanim nivoom davanja, (b) obaveznog, fondovskog i privatno upravljanog plana sa definisanim nivoom doprinosa i (c) dobrovoljne štednje za penzionisanje – proširen je tako da uključuje dva dodatna stuba: (d) osnovni (nulti) stub kako bi se na eksplicitniji način rešio cilj koji se odnosi na smanjenje siromaštva i (e) nezvanični (četvrti) stub koji uključuje širi kontekst socijalne politike, kao što je porodična podrška, dostupnost zdravstvene zaštite i stambenih usluga“ (WB, 2005: 2).

Model sa više stubova primenjen je u značajnom broju zemalja, u predloženoj ili delimično promenjenoj formi, sa značajnim elementima promena u okviru PAYG sistema. U evropskim zemljama privatizacija fondova obeležila je tranzicioni period novih članica, ali su danas u središtu pažnje pitanja obezbeđenja adekvatnih i održivih penzija. Reformisanje sistema nastavljeno je i u periodu krize, pri čemu se kao najčešće mere primenjuju podizanje starosne granice za odlazak u penziju i stimulisanje dužeg ostanka na tržištu rada.

Istraživanja pokazuju da se u prethodnim decenijama pravo na penziju ostvarivalo pod povoljnijim uslovima i da su postojale značajne mogućnosti prevremenog penzionisanja. U periodu ekonomskog prosperiteta darežljiva država blagostanja pružala je zavidan nivo socijalne sigurnosti gotovo čitavom stanovništvu, što je podrazumevalo i odgovarajuću visinu penzija. U periodu od 1958–1999. godine u OECD članicama došlo je do smanjenja potrebnih godina za odlazak u penziju, i to za 2,5 godine kod muškaraca koji su u proseku sa 62 godine ostvarivali pravo na penziju. Kod žena je pad manji (1,5) tako da su one 1999. godine odlazile u penziju u proseku sa 60,5 godina. Danas je naglasak na merama koje podstiču ljude da duže rade, pa su otuda u Belgiji, Danskoj, Grčkoj i Holandiji ograničene mogućnosti prevremenog penzionisanja. Finska, Francuska i SAD su unapredile uslove za povratak na posao nakon godina za penziju (OECD – Pensions at a Glance, 2009).

Evropske zemlje su nastavile da aktivno reformišu svoje penzione sisteme, a većina njih je preduzela dalje korake kako bi obezbeđivanje penzijskih isplata bilo dugoročno stabilno. Jedan broj zemalja Evropske unije predvideo je suštinske reformske zahvate penzijskog sistema u narednom periodu. U Portugaliji će do 2015. godine doći do podizanja starosne granice, uz ograničenja za raniji odlazak u penziju i promenu šeme indeksacije. Reforme su dogovorene sa socijalnim partnerima i odnose se na državne i privatne šeme, a jedan od ciljeva promena je i stvaranje „održivog faktora“ koji obezbeđuje automatsko usklađivanje beneficija i očekivanih godina života. U Češkoj će se reformski procesi odvijati u tri faze. Prvi period počeo je 2008. godine i on obuhvata zakonske izmene potrebnih godina za penzionisanje na 65 i stimulisanje dužeg ostanka na tržištu rada. Do 2010. godine planiraju se mere jačanja uloge fundiranih fondova i značajniji obuhvat privatnim penzijama. Grčka je usvojila zakon o smanjenju broja penzionih fondova, harmonizaciji starosnih uslova, limitiranju ranijeg odlaska i uvođenju mera finansijske efikasnosti sistema.

Mere penzionih reformi (2004–09)

Država	Obuhvat	Adekvatnost	Finansijska održivost	Godine penzionisanja	Penzijski podsticaji
Australija	X	X		X	
Belgija		X			X
Češka Republika				X	
Danska				X	X
Finska		X	X		X
Francuska	X	X			X
Nemačka	X			X	
Grčka	X			X	X
Mađarska	X		X	X	
Poljska	X				X
Švajcarska	X		X		
Turska				X	
Velika Britanija	X	X		X	X
SAD	X				

Izvor: OECD, *Pensions at a Glance 2009*.

Bugarska i Rumunija u okviru reformi penzionog sistema predviđaju čvršće vezivanje iznosa penzija i doprinosa za vreme radnog veka, kako bi povećale participaciju na formalnom tržištu. Slovenija je usmerena na dostizanje postavljenog cilja od 70% obuhvata dobrovoljnim fundiranim šemama do 2013. godine. Deset članica EU je već ostvarilo Lisabonski cilj od 50% zaposlenih starih, a u Poljskoj se predviđa stopa od 40% u 2013. godini i 50% u 2020. godini. U nekim državama EU pažnja je usmerena na smanjivanje siromaštva starih. Kipar u Nacionalnom izveštaju za 2008. godinu navodi mere za pad stope rizika siromaštva sa 52% na 40% do 2011. godine, odnosno 20% u 2013. godini (EC, 2008: 77–78).

2.3. Sadržaj i ciljevi promena

Nastojanja da se obezbedi finansijska stabilnost sistema podstaknuta su činjenicom da će u skorijoj budućnosti u svim zemljama članicama, veliki broj ljudi ispuniti uslove za penzionisanje i da će najveći broj njih provesti znatno više vremena koristeći penzije. U isto vreme, smanjiće se broj radno aktivnog stanovništva što dovodi do teškoća u obezbeđenju sredstava potrebnih za isplatu zakonom predviđenih beneficija. Promene se dešavaju i u oblasti rada gde je prisutna mobilnost zanimanja u skladu sa zahtevima modernih tehnologija. Forme radnih ugovora se menjaju, sa sve značajnijim učešćem fleksibilnih oblika zapošljavanja, što se reflektuje na obračun doprinosa i poreska opterećenja.

„Ključna dugoročna pitanja prilikom razmatranja penzionih reformi su: na koji način bi produženi životni vek trebalo podeliti između rada i slobodnog vremena i na koji način bi troškove dužeg životnog veka trebalo podeliti između i unutar generacija uzimajući u obzir celokupnu demografsku situaciju? Na koji način postići pravedniju i održiviju ravnotežu između broja godina koje ljudi provedu na poslu i u penziji (...) Mnoge države su počele sa primenom mera koje bi trebalo da unaprede nivo beneficija (osnovne ili minimalne penzije) starijim ljudima (...) Osim visine penzija, neke članice EU su već podigle nivo kvaliteta i učinile dostupnijim usluge u oblasti stanovanja, grejanja, ali i pristup zdravstvenim i socijalnim uslugama za starija lica“ (EC – Interim EPC-SPC, JRP, 2010: 11).

Pored svih razlika između nacionalnih sistema država članica, izazovi reformi u zemljama članicama su gotovo istovetni, ali se ipak ne može govoriti o jednom univerzalnom modelu koji može biti implementiran na teritoriji Unije. Reforme su donele novine u koncipiranju penzijskih sistema, bilo da se radi o javnom PAYG sistemu ili privatnom osiguranju. Neke zemlje su realizovale systemske promene, dok je u drugima naglasak bio na parametarskim reformama, što je dovelo do stvaranja „hibridnih“ sistema.

Bliža povezanost penzija sa dužinom i visinom doprinosa, predstavljala je jednu od osnovnih mera reformi, primenjenih u gotovo svim modelima i penzionim šemama. Od početka 1980-ih do ranih 1990-ih godina, sistemi penzionih osiguranja zasnovani na doprinosima zaposlenih koji je uspostavljen u državama članicama još 1950-ih i 1960-ih godina, počeli su polako da sazrevaju. Stvaranje uslova za prevremeno penzionisanje i uvođenje posebnih beneficija za pojedine grupe osiguranika, doveli su do porasta penzionih izdataka. Obezbeđivanje adekvatnosti i održivosti sistema usaglašavanjem prihoda i rashoda i balansiranjem prava osiguranika dominiralo je u raspravama o penzionim reformama od sredine 1990-ih godina.

U međuvremenu su gotovo sve evropske zemlje ugradile mehanizme kojima se produžava period osiguranja (uplaćivanje doprinosa). Umesto najpovoljnijih godina osiguranja obračun penzija se vrši na osnovu prosečnih prihoda tokom čitavog radnog veka, u penzijskim šemama baziranim na prihodima. Insistiranjem na određenom broju godina tokom kojih lice mora biti osigurano umesto isključivog oslanjanja na ostvarivanje kriterijuma starosne granice za penzionisanje, penzione šeme su postale ujednačenije i redistribucija pravednija između radnika različitih profesija sa stalnim zaposlenjem.

Naglasak na merama koje obezbeđuju kasniji odlazak u penziju (podizanjem godina potrebnih za ostvarivanje prava) dovešće u budućnosti do rasta doprinosa i nižih penzija. Otuda je u pojedinim zemljama uveden sistem obračuna penzija saglasno očekivanim godinama života. Neke zemlje su uvele automatsko usklađivanje (Nemačka, Finska, Poljska i Švedska) dok su u drugim državama predviđene povremene promene (Austrija, Italija, Francuska). Neadekvatna veza između do-

prinosa i transfera može dovesti i do veće opterećenosti mladih generacija, kao što dosledna primena principa vodi smanjivanju gubitaka koji nastaju radom na sivom tržištu. Pritom je potrebno voditi računa o promenama koje nastaju zbog prekida radnog odnosa (podizanje dece, nezaposlenost, bolest, stručno usavršavanje) kako bi se predupredilo siromaštvo u starosti.

Povećanje udela prefinansiranja (pre-funding), takođe predstavlja široko primenjenu meru reformi penzionog sistema u zemljama članicama Unije. To podrazumeva odloženo pokrivanje jednog dela troškova demografskih promena tako da oni budu raspoređeni u dužem vremenskom periodu i pokriveni od strane različitih generacija. Prefinansiranje je vršeno: uvođenjem sistema definisanih doprinosa (DC); proširivanjem postojećih profesionalnih šema osiguranja, uspostavljanjem rezervnih penzionih fondova ili otplaćivanjem nacionalnog duga. Prve dve mere najčešće su primenjivane u promenama javnih sistema osiguranja, a veliki broj država je prešao na višestubni model.

Jedan broj zemalja uveo je mehanizam *automatskog periodičnog usaglašavanja*. Uz izvesna odstupanja, oni nastoje da povežu: očekivano trajanje života sa uslovima koje je neophodno ispuniti za odlazak u penziju; ekonomske performanse u smislu porasta BNP ili performanse tržišta rada sa valorizacijom prava ili indeksacijom beneficija; uravnoteženost sistema sa valorizacijom prava ili indeksacijom beneficija i stope doprinosa sa indeksacijom beneficija.

Automatski mehanizmi usaglašavanja u zemljama članicama EU

Varijable	Zavisna vrednost	Države članice
Očekivano trajanje života	Penzione podobnosti (starosna granica, potreban period uplate) Stopa zamene	DK, FR, IT Obavezan DC (BG, EE, LV, LT, HU, PL, RO, SE) NDC (IT, LV, PL, SE) DE, PT, FI
GDP rast	Indeksacija beneficija	HU, PT
GDP rast, tržište rada	Valorizacija prava	NDC (IT, LV, PL, SE)
Ravnoteža sistema (tržište rada, bilans finansiranja)	Valorizacija prava Indeksacija beneficija	SE DE, SE, NL
Stopa doprinosa	Indeksacija beneficija	DE

Izvor: EC: *Interim EPC-SPC, JRP, 2010: 20.*

Valorizacija i indeksacija su tesno povezane. Pravilo u svim državama je da se vrše reevaluacije ranijih prihoda lica prilikom određivanja visine beneficija za odlazak u penziju. Na ovaj način, vrši se usklađivanje troškova i standarda života iz perioda kada je osoba bila zaposlena i uplaćivala doprinos sa periodom kada odlazi u penziju i treba da ostvari zagarantovana prava. Mnoge države EU koje imaju penzione šeme koje su vezane za zarade zaposlenih, vrednuju prihode ostvarene u prošlosti sa porastom prosečnih zarada. Ipak, određeni broj država je napustio

ovaj način valorizacije zarada i počeo da ih vrednuje u zavisnosti od stope inflacije i njenog kretanja. Promene u indeksaciji penzija tokom penzionisanja odlikuju mnoge reformske zahvate.

U praksi se sreću rešenja koja predviđaju veći rast minimalnih penzija (Belgija, Španija, Italija, Portugalija) od iznosa koji je predviđen zakonskim usklađivanjem. Indeksiranje penzija samo sa troškovima života, prema nekim proračunima, vodi siromašenju penzionera i većim razlikama u poređenju sa zaposlenima. U cilju sprečavanja daljeg pada standarda penzionera većina država primenjuje dodatne mere pomoći starima, koje mogu biti u naturi, pružanju usluga dugotrajne nege, subvencioniranih stanarina i troškova prevoza.

Indeksacija u zemljama članicama

Varijable	Države članice
Rast zarada	SI, DK, SE
Rast zarada i promene u doprinosima	DE
Cene i zarade	BG, CZ, EE, CY, LU, HU, PL, FI, SK, MT, RO
Cene	BE, ES, FR, IT, LV, AT, UK
Cene i rast GDP (delimično)	PT
Diskreciono	EL, LT, IE, AT
Progresivno	EL, IT, PT

Napomena: Belgija, cene + delimična prilagođavanja životnog standarda

Izvor: *The 2009 Ageing Report*.

Prilagođavanje strukturnim promenama predstavlja takođe jedan od značajnih elemenata pezionih reformi u zemlja članicama Unije. Promene na tržištu rada i potreba prilagođavanja tražnji dovode jedan broj zaposlenih u stanje da ne ispunjavaju uslove u pogledu pune zaposlenosti. Prekid karijere i delimična zaposlenost postaju praksa u sve većem broju država, što zahteva promene u penzijskom sistemu koje će omogućiti drugačiji način obračuna vremena koje nije obuhvaćeno uplatama doprinosa. Postizanje cilja o izjednačavanju uslova za muškarce i žene za sada je u nekim zemljama odloženo ili će promene ići postepeno.

Privatno osiguranje predstavlja sve značajniji deo sistema usmerenog na obezbeđenje sigurne starosti u uslovima negativnih demografskih trendova u zemljama Evropske unije. Podela rizika starenja između javnog i privatnog sistema podstaknuta je činjenicom da se sistem obaveznog osiguranja suočava sa rastom izdataka i ograničenim sredstvima od doprinosa. Kapitalizovani fondovi se takođe nalaze pod uticajem sve izraženijeg starenja i produženja životnog veka. U nekim zemljama privatno osiguranje se posmatra kao ravnopravni deo ukupnih mera čiji je cilj obezbeđenje pristojnih prihoda u starosti, dok je u drugima to već duga tradicija (Danska, Holandija, Velika Britanija). Privatno osiguranje dobilo je na važnosti uvođenjem kapitalizovanih fondova u penzijske sisteme novih članica

Unije (Mađarska, Litvanija, Letonija, Poljska), dok u drugima ima veliku podršku države (Nemačka, Austrija, Italija). U isto vreme teku rasprave o nemogućnosti jednog dela stanovništva da sebi obezbedi privatno osiguranje i nerešenih pitanja minimalnih penzija u privatnom osiguranju. To se posebno odnosi na članice Unije koje su reformisale penzijske sisteme uvođenjem obaveznog privatnog osiguranja, što ima za posledicu smanjivanje iznosa penzija u okviru javnog sistema.

Bolje upravljanje penzijskim sistemima u zemljama Evropske unije dobija na značaju u uslovima negativnih demografskih trendova i očekivanih promena na tržištu rada. Iz nacionalnih izveštaja je vidljivo da su neke zemlje predvidele osnivanje nezavisnih organa za nadzor, dok se u drugima velika pažnja posvećuje informisanju javnosti o budućim promenama, većoj senzibilizaciji i boljem razumevanju ponuda privatnog osiguranja (Belgija, Italija, Holandija, Švedska, Velika Britanija). Cilj je da se obezbede što razumljivije informacije prilikom individualnog donošenja odluka i da se komplikovan i stručan jezik učini razumljivijim potencijalnim korisnicima osiguranja.

3. Privatno penziono osiguranje

Penzioni sistemi u zemljama članicama Unije razlikuju se međusobno u pogledu strukture i načina obezbeđenja prihoda u starosti. U nastojanju da obezbede adekvatne penzije i finansijski održive sisteme u društvu koje stari, većina država se odlučuje za uvođenje kapitalizovanih privatnih fondova. U tom pogledu razlikuju se dva modela promena: obavezno privatno osiguranje koje čini drugi stub sistema i dodatno dobrovoljno privatno osiguranje (penzije koje obezbeđuju firme, štednja koja obezbeđuje isplatu penzija, ulaganje u posebne penzione fondove).

U najvećem broju zemalja EU27 sistem javnog (obaveznog) osiguranja ima najznačajniju ulogu u obezbeđenju sigurne starosti. Porast izdataka i pritisak na javne finansije uticali su na kreiranje reformi u pravcu privatizacije i uvođenja kapitalizovanih fondova. Do sredine 1990-ih privatni sistemi imali su značajniju ulogu u Danskoj, Irskoj, Holandiji, Švedskoj i Velikoj Britaniji. U njima državno osiguranje na osnovu doprinosa obezbeđuje paušalnu osnovnu penziju, pa se otuda dodatni prihodi obezbeđuju u okviru penzionih planova u preduzećima (na osnovu tarifnih ugovora) ili privatnih fondava. U poslednjoj deceniji penzione reforme u EU se kreću u pravcu jačanja uloge privatnog osiguranja uvođenjem dobrovoljnih ili obaveznih fondova. Cilj je da se preko privatne komponente obezbedi prihvatljiv nivo naknada (penzija), veća mogućnost izbora i jačanje odgovornosti pojedinca za svoj status u starosti.

Tradicionalno privatno osiguranje je bilo individualno i dobrovoljno. Ono je obezbeđivano na nivou firmi kao dodatni vid uz obavezno osiguranje, ili kao dobrovoljna štednja za starost. U zemljama u kojima privatno osiguranje ima značajniju ulogu postoji državna regulativa sistema, koje se posmatra kao deo socijalne zaštite. U jednom broju država (Estonija, Letonija, Litvanija, Mađarska, Poljska, Rumunija, Slovačka i Švedska) ne tako davno je izgrađen sistem kojim je tradicionalno javno osiguranje tekućeg finansiranja dopunjeno obaveznim privatnim osiguranjem koje funkcioniše na bazi kapitalizacije sredstava. Time je stvoren mešoviti sistem državnog i privatnog upravljanja, koji ranije nije postojao u Evropi.

Danas u zemljama članicama Unije postoje vidljive razlike u pogledu uloge privatnih penzionih šema. To se odnosi ne samo na doprinos ukupnim приходima pensionera, nego i na pokrivenost zaposlenih i visinu akumuliranih sredstava. U celini posmatrano države članice se mogu (videti tabelu) klasifikovati u četiri kategorije:

Korišćenje privatnih penzionih sistema u EU

Podela država članica na četiri kategorije	Primeri
Zemlje članice slabo koriste privatne sisteme i ne nameravaju da to promene, iako se može primetiti marginalni porast pokrivenosti kroz privatne sisteme.	Španija, Francuska, Luksemburg, Malta
Države članice su se u svojim penzionim sistemima delom uvek oslanjale na sisteme privatnog kapitala. Ovi sistemi dobijaju na značaju i razvijaju se dalje. Sistemi koji se finansiraju preraspodelom efektno štite pensionere od siromaštva, ali ne obezbeđuju nužno i u punom obimu primerenu penziju koja bi mogla da se izjednači sa naknadom prihoda. Stoga se oni dopunjuju obezbeđivanjem u starosti koje je pokriveno privatnim kapitalom.	Danska, Irska, Holandija, Švedska*, Ujedinjeno Kraljevstvo
Države članice su nedavno transformisale svoje državne sisteme i uvele privatne, kapitalom pokrivene penzione sisteme kao obaveznu komponentu. Finansiranje se odvija putem delimičnog pomeranja sveukupnih penzionih doprinosa iz sistema preraspodele u privatne sisteme. U većini ovih zemalja znatni delovi budućih penzija će se zasnivati na ovim sistemima. Polazi se od toga da ovi sistemi doprinose sprečavanju siromaštva i obezbeđivanju primerene naknade primanja.	Bugarska, Estonija, Letonija, Litvanija, Mađarska, Poljska, Rumunija, Slovačka, Švedska*
Države članice imaju penzione sisteme u socijalnom osiguranju koji su orijentisani prema visini primanja i preraspodeli. Sada, međutim, premeštaju deo svojih trenutnih penzija, time što proširuju postojeće sisteme ili stvaraju nove privatne penzione sisteme koji proizvode kapital.	Belgija, Nemačka, Italija, Austrija

* Švedska spada u dve kategorije

Izvor: EC, *Private pension schemes*, 2009: 8.

I pored promena u proteklom periodu najveći deo pensionera u EU obezbeđuje prihode iz državnog sistema osiguranja, dok davanja u okviru privatnog osiguranja imaju dodatni karakter. Ukoliko ne postoji privatno osiguranje kao deo obaveznog osiguranja, onda korišćenje dobrovoljnog osiguranja zavisi i od stimulativnih mera štednje, kao što su oslobađanje od poreza i drugih pogodnosti. Veliki broj kapitalizovanih fondova kao deo penzijskog sistema etabliran je u poslednjoj deceniji, tako da prihodi koji se ostvaruju ne igraju veliku ulogu u ukupnom iznosu penzija koje se obračunavaju na osnovu uplata doprinosa za 30 ili 40 godina. Samo u zemljama sa dugom tradicijom privatne penzije imaju značajnu ulogu u obezbeđenju prihoda u starosti (20–30%). U državama koje su uvele II stub kao deo obaveznog osiguranja (nove članice EU) privatne penzije su počele da se isplaćuju, ali se pojavljuje problem njihovog minimalnog iznosa (posebno nakon krize). U Španiji, Francuskoj i Grčkoj privatni penzioni sistem nije razvijen, dok u Belgiji, Nemačkoj, Portugaliji i Švedskoj privatne penzije čine 5–20% ukupnog iznosa penzija.

Uvođenje privatnog osiguranja učinilo je privatne sisteme mnogo kompleksnijim. Pored obaveznog (javnog) penzijskog sistema osiguranicima je na raspolaganju veliki broj penzionih planova i penzionih fondova, među kojima treba napraviti izbor. Donošenje odluke o uplati sredstava u privatne fondove podrazumeva veću odgovornost pojedinca i njegovo razumevanje komplikovanih šema finansiranja. Oni koji ne poseduju minimalna znanja o funkcionisanju fonda i finansijskim rizicima izloženi su opasnosti da donesu pogrešne odluke i ostvare niže prihode u starosti. Potencijalni članovi fondova moraju takođe imati informacije napisane razumljivim jezikom i pristup službama za savetovanje.

3.1. Penzione šeme

Privatno penziono osiguranje predstavlja značajan element reformi sistema u gotovo svim evropskim državama. U nekim zemljama članicama Unije privatni penzioni fondovi imaju značajnu ulogu u suočavanju sa izazovima starosti i teškoćama u održivosti javnih sistema, tako što nude veći izbor i obezbeđuju dodatna primanja. Privatne penzije mogu da utiču i na adekvatnost i održivost penzionih primanja, pa je otuda čitav proces privatizacije veoma delikatan i zahteva primenu dobro promišljenih mera. Razvoj penzionog privatnog osiguranja može da odražava odnos društva prema većoj individualnoj odgovornosti, i očekivanja da će preraspodela rizika na više fondova doprineti finansijskoj stabilnosti i pored povećanja rizika ulaganja. U nekim zemljama u centru pažnje našla su se pitanja obezbeđenja minimalnih prihoda u starosti, za deo populacije sa najnižim primanjima.

Uobičajena klasifikacija penzionih aranžmana je na zakonske, profesionalne ili individualne.¹⁷ To ujedno održava vrste javne odgovornosti u pogledu penzionog osiguranja. Prva kategorija uključuje kolektivno osiguranje preko fondovskih obaveznih šema, druga se odnosi na kolektivno (do određene mere individualno) osiguranje preko profesionalnih šema. Treća kategorija privatnog penzionog osiguranja obuhvata individualno osiguranje koja nije povezano sa zaposlenjem i može imati oblik doprinosa penzionim fondovima, životnog osiguranja ili drugih formi dugoročne štednje“ (SPC, 2008: 5).

¹⁷ U analizi su korišćeni rezultati studije Komiteta za socijalnu zaštitu iz 2008. godine – Privatno finansirano penziono osiguranje i njegov doprinos adekvatnim i održivim penzijama. ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=743&langId=en

	Tip šeme
Zakonske (statutory) šeme	Osiguranje minimuma primanja – sve zemlje članice.
	Univerzalna paušalna primanja povezana sa boravkom (DK, NL) ili doprinosima socijalnom osiguranju (IE, UK).
	PAYG orijentisan prema zaradi (sa ili bez rezervnog fonda) – sve zemlje članice osim DK, NL, IE, UK.
	Zavisne od primanja, u potpunosti fondovske (kroz socijalne doprinose) – fondovski sloj opštih statutornih šema u BG, EE, LT, LV, HU, PL, RO, SK, SE. Delimično fondovsku FI. Odvojene šeme u AT i DK (obavezno) u IT i PT (dobrovoljno).
Profesionalne (occupational) šeme	Obavezno za poslodavca (sektoralno ili multisektoralno) ili proizilazi iz kolektivnog ugovora (koji članstvo čini obaveznim) – u BE, DK, CY, PT, NL, SE, DE.
	Proizilazi iz kolektivnog ugovora (članstvo nije obavezno) – u BE, BG, CY, DE, ES, FR, IT.
	Ugovorno ili unilateralno od strane poslodavca (uključujući grupne planove ili rezervu) – u AT, DE, EL, FR, IE, CY, FI, UK.
	Mogućnost prijave za penzionu šemu preko svog poslodavca – u IE i UK.
Individualne šeme	Dobrovoljne individualne šeme (nije neophodna veza preko radnog mesta da bi se postao član), koje se mogu ispunjavati kolektivno (npr: kroz udruženja ili sindikate) – naročito u CZ, ES, SK, UK.
	Individualni ugovori sa penzionim fondovima, kompanijama za životno osiguranje ili institucijama za penzionu štednju koje isporučuju godišnje isplate – Ova vrsta individualnog osiguranja je generalno dostupna u čitavoj EU, pre svega u DE i FR.
	Dugoročna štednja koja nije specifično u svrhu penzija – Ova vrsta individualne provizije je principijalno dostupna u čitavoj EU.

Izvor: SPC, 2008: 6.

Navedena klasifikacija razlikuje se od uobičajene podele na „tri stuba“ koji je forsirala Svetska banka 1990-ih godina. Osnov podele penzionih šema može biti različit: prema načinu finansiranja (PAYG, fondovske ili penziona rezerva), zakonskoj osnovi (zakonski, kolektivni ugovori, individualni ugovori), načinu na koji se sprovode (obavezni, dobrovoljni), vrsti beneficija (definisani doprinos, definisane beneficije). Na tim osnovama u praksi se pojavljuju najčešće mešoviti modeli („hibridne šeme“).

OECD ima sopstvenu klasifikaciju penzionih šema¹⁸ koja se primenjuje u zemljama članicama. Ona sadrži veliki broj razlika među penzionim šemama (penzionim planovima prema OECD terminologiji) pre svega između javnog (socijalna sigurnost i slične zakonske šeme) i privatnog (administriranog od strane nevladine

¹⁸ <http://www.oecd.org/dataoecd/0/49/38356329.pdf>.

institucije), između zakonskog (povezanog sa zaposlenošću) i ličnog (nevezano za zaposlenost), kao i između obaveznog i dobrovoljnog članstva, definisane beneficije i definisanog doprinosa, fondovskog, nefondovskog i rezervi.

Svetska banka koristi normativnu klasifikaciju sa tri stuba u okviru koje je prvi stub relativno skroman, javno vođen, PAYG, sa definisanim beneficijama, drugi stub je privatn, obavezan, sa definisanim doprinosom, a treći stub se sastoji od dobrovoljnih, privatno vođenih šema zasnovanih na individualnim računima. MOR ima drugačiju klasifikaciju u tri široke kategorije: prva se sastoji od minimalnih penzionih garancija koje su univerzalno dostupne, orijentisane prema prihodima i finansirane direktno iz opšteg budžeta; druga je obavezno javno PAYG socijalno osiguranje koje ima gornju granicu, a treća se sastoji od potpuno fondovskih šema sa definisanim doprinosima, koje mogu biti privatno vođene i sadrže kako okupacione tako i individualne šeme. Postoje i druge klasifikacije penzionih šema, pa tako Francuski savet za penzije (COR) koristi klasifikaciju sa 5 kategorija.

„Fondovski stub zakonskih (statutornih) šema u nekim državama članicama Unije obuhvata klasične PAYG sisteme (i rezervne fondove ako postoje) i drugi stub obaveznog privatnog osiguranja. Pristup profesionalnim (okupacionim) šemama nužno je povezan sa zaposlenošću, i može se govoriti o nekoliko kategorija ovog modela: šema je uvedena putem kolektivnog ugovora, koji članstvo čini obaveznim za jedan sektor ili nekoliko sektora; ili predstavlja zamenu za prvi stub (npr. u Portugalu za sektor bankarstva i telekomunikacija),¹⁹ može biti uvedena kroz kolektivni ugovor bez obaveznog članstva za zaposlene i poslodavce. U drugom slučaju šema može biti uvedena kroz kolektivni ugovor na nivou preduzeća, ili je rezultat individualnog ugovora ili unilateralne inicijative poslodavca koji može da obeća penziona prava kroz bilans preduzeća (varijanta rezervi) ili da ponudi pokrivenost preko ugovora o grupnom osiguranju, ili drugih ugovora sa pružaocima penzija (otvoreni penzioni fondovi). I najzad status zaposlenosti može zaposlenom da obezbedi pristup određenim vrstama penziona provizije koje nisu dostupne licima van tržišta rada (npr. grupne šeme za članove sindikata)“ (SPC, 2008: 9).

Individualne šeme nisu obavezne i nisu uslovljene prethodnim radom, odnosno zaposlenošću. U nekim zemljama poslodavci (SK, LV, CZ) ili država (CZ, DE) mogu da podstaknu razvoj privatnog individualnog osiguranja raznim beneficijama. Teškoća u analizi ovog vida osiguranja je ta što je često teško napraviti razliku između različitih vrsta štednje i utvrditi onu koja je za penzije. U praksi se sreću rešenja koja obezbeđuju da se štednja koja je izdvajana za penzije može samo u tu svrhu i koristiti. U nekim zemljama penziona individualna štednja može

¹⁹ Kada zemlje članice odluče da uključe ove šeme u obim regulative 1408, obavezne okupacione šeme koje funkcionišu na bazi PAYG nisu uključene u ovaj izveštaj, ali smatraju se delom nefondovskog prvog stuba (što je slučaj za Francusku).

se upotrebiti i u druge svrhe, u skladu sa penzionim planom. Privatno penziono osiguranje uglavnom ne obuhvata dugoročnu štednju koja se koristi u vidu paušalne sume, odnosno životno osiguranje.

3.2. Pokrivenost i beneficije

U zemljama članicama Evropske unije postoje razlike u primeni prihvaćenog modela privatnog penzionog osiguranja i pokrivenosti stanovništva pojedinim šemama, pa je otuda veoma teško precizno utvrditi obim beneficija. Prema proceni Komiteta socijalne zaštite (SPC, 2008) u zemljama u kojima postoji statutorna šema pokrivenost se kreće od 50–70%. Najviši nivo u 2006. godini bio je u Švedskoj (100%) i Danskoj (90%), a najmanji u Italiji (25%), dok su ostale oko proseka BG (50%), EE (50%), LT (54%), LV (80%), HU (70%), PL (70%), SK (65%). Navedene razlike rezultat su većeg broja faktora, od kojih je posebno važno vreme uvođenja privatnog osiguranja i uslovi koji se predviđaju na strani osiguranika (uglavnom su mlađi). Stanje kod profesionalnih šema je nešto drugačije, pa tako ima članica Unije u kojima je pokrivenost visoka (preko 75%) DK (oko 75%), NL i SE (preko 90%) i srednja pokrivenost (između 40 i 70%), BE (oko 50%), DE (oko 60–65%), IE (oko 40%), CY (oko 45%) i UK (oko 47%).

Zakonske penziona šeme su tradicionalno organizovane kao osiguranje sa definisanim beneficijama. Na organizaciju privatnih penzionih šema uticalo je pomeranje obaveznog osiguranja sa definisanih beneficija (DB) na definisane doprinose (DC). Većina penzionih šema uređena je prema penzionom planu (OECD definicija) sa definisanim beneficijama, jer su planovi sa definisanim doprinosima skorijeg datuma. U nekim članicama Unije (UK, DK, IE) primetno je pomeranje sa DB na DC šeme. S druge strane, okupacioni penzioni planovi u Finskoj, Holandiji i Švedskoj su uglavnom očuvali svoj DB karakter. Na primer u Finskoj, i obavezni okupacioni penzioni planovi (TEL) i dobrovoljni okupacioni planovi su u potpunosti DB. Slično tome, u Holandiji DB penzioni planovi pokrivaju preko 90% članova kvazi-mandatornih okupacionih penzionih planova. U Švedskoj međutim postoji pomeranje okupacionih penzija sa DB ka DC u skoro sva četiri velika dogovora.

Beneficije u privatnom penzionom osiguranju definisane su doprinosima, odnosno uplatama u penziona planove. Visina prihoda zavisi od dužine i visine uplaćenih sredstava u svim šemama, pa otuda svaki prekid (zbog bolesti, nege deteta, gubitka zaposlenja) umanjuje vrednost penzionih naknada. I pored teškoća u objedinjavanju podataka u zemljama članicama Unije, opšti ciljevi penzionih šema su usmereni na obezbeđenje adekvatnih prihoda u starosti i predupređenje siromaštva. Privatno osiguranje treba da doprinese preraspodelu rizika i obezbedi viši nivo sigurnosti u društvu koje ubrzano stari.

Najznačajniji izvor penzionih beneficija u državama članicama ostvaruje se u sistemu obaveznog osiguranja, dok je privatno (u svim šemama) uglavnom dopuna PAYG sistemu tekućeg finansiranja. „Udeo privatno vođenih šema ostaje skroman u većini zemalja članica i čini do trećine ukupnih prihoda penzionisanih lica (SPC studija 2005) u određenim zemljama članicama:

Pokrivenost (2006)

	Zakonske kapitalizovane šeme	Profesionalne šeme
BE	-	51,5 radne snage
BG	UPF: 50,7% aktivne populacije; PPF: 4,0% aktivne populacije (u celini DC)	n/d
CZ	/	n/d
DK	87,0% aktivne populacije, (u celini DC)	73,0% aktivne populacije (u celini DC)
DE	/	60/65% zaposlenih
EE	50,5% zaposlene populacije (u celini DC)	n/d
EL	/	n/d
ES	/	8,0% aktivne populacije (gotovo u potpunosti DC)
FR	/	Oko 15% aktivne populacije
IE	/	40,1% zaposlene populacije
IT	oko 25% zaposlenih u privatnom sektoru (TER, u celini DC)	31% potencijalnih pretplatnika
CY	/	43% zaposlene populacije
LV	78,0% aktivne populacije (u celini DC)	n/d
LT	43,5% radne snage (BMVG, u celini DC)	n/d
LU	/	5,4% aktivne populacije (jednako DC i DB)
HU	59,7% aktivne populacije (u celini DC)	n/d
MT	/	n/d
NL	/	Oko 90,0% zaposlene populacije (uglavnom DB)
AT	51% radne snage (BMVG, u celini DC)	13,2% radne snage (uglavnom DC)
PL	71,7% zaposlene populacije (u celini DC)	<1,0% aktivne populacije (u celini DC)
PT	/	3,7% radne snage (u celini DC)
RO	44% zaposlene populacije (DC)	n/d
SI	/	51,5% aktivne populacije (u celini DC)
SK	65,8% zaposlene populacije (u celini DC)	n/d
FI	/	8,0% radne snage (u celini DB)
SE	oko 100% zaposlene populacije (u celini DC)	oko 90,0% zaposlene populacije
UK	/	47,1% zaposlene populacije

Napomene: (/) ne odnosi se (ne postoje takve šeme u zemlji)

Izvor: OSPC, 2008: 11.

- U većini zemalja članica, doprinos privatnih fondovskih šema je skroman ili skoro zanemarljiv. Ovde spadaju zemlje u kojima se takve šeme ne razvijaju u znatnoj meri (EL, ES, FR, MT i LU) i zemlje u kojima su ovakve šeme tek skoro uvedene (BG, CZ, EE, HU, IT, LV, LT, PL, AT, SI, SK, SE i RO).
- U nekim zemljama članicama, udeo primanja koji dolazi od privatnih penzija varira od 5% do 20%: BE (oko četvrtina neto penzija, ali samo za 20% penzionera koji su trenutno pokriveni), DE (2003. godine oko 7% prihoda penzionera iz okupacionih šema i 7% iz individualnih), CY (oko 15% udela penzionerskih prihoda koji potiču od okupacionih penzija i provizionih fondova), FI (oko 6–7% svih primanih penzija), PT (oko 8% isplaćenih penzija, ali neravnomerno raspoređen preko sektora) i SE (između 15% i 20% ukupnih prihoda lica od 66 i više godina).
- U nekim zemljama članicama privatne penzije predstavljaju važan deo primanja penzionisanih lica (između 20% i 30% primanja): DK, IE, NL i UK“ (SPC, 2008: 17).

Nacionalne analize pokazuju da privatne penzije imaju zanemarljivu ulogu kod penzionera sa niskim prihodima i da se oni uglavnom oslanjaju na beneficije po osnovu obaveznog osiguranja. Profesionalne i individualne privatne penzije zastupljenije su kod onih koji su u toku radnog veka više zarađivali ili su bili osigurani preko interesnih organizacija. U OECD zemljama starosne penzije u okviru javnih sistema čine gotovo čitav prihod starijeg dela populacije. Kod lica sa višim prihodima (najviša petina), penzije u okviru obaveznog osiguranja čine trećinu prihoda u starosti, a ostalo su privatne penzije, kapitalni prihodi i drugi izvori.

3.3. Troškovi tranzicije

Privatizacija penzionog osiguranja i stvaranje novih fondovskih šema reflektuje se na povećanje troškova reformi. Obim i opterećenje „tranzicionim troškovima“ kao i strategije za njihovo smanjenje mogu uticati na održivost penzionih šema i dobrobit sadašnjih i budućih penzionera. Vlade pojedinih država koriste različite izvore za smanjenje troškova reformi i privatizacije, uključujući transfere iz državnih budžeta (iz opštih poreskih prihoda), povećanje ukupnih stopa doprinosa (u EE je povećana ukupna stopa doprinosa posvećena PAYG i obaveznim fondovskim penzionim šemama), korišćenje rezervi i prihoda iz privatizacije državnih preduzeća ili drugog vlasništva, kao i finansiranje dugova.

Tranzicioni troškovi se javljaju na makro i mikro nivou i podrazumevaju troškove koji nastaju zbog preusmerenja jednog dela doprinosa iz PAYG šema na individualne račune (II stub). To znači da se penzije sadašnjih korisnika moraju isplaćivati iz fondova sa smanjenim doprinosima i prihodima, pa se otuda moraju

obezbediti dodatna sredstva. Na mikro nivou tranzicioni troškovi su oni koji se prebacuju na pojedince kako bi se preraspodelio teret tranzicije. Troškovi privatizacije penzionih sistema u tranzicionom periodu mogu biti izraženi u bruto i neto iznosu.

Doprinosi različitih šema teorijskim stopama zamene (bazični scenario)

	Novi penzioneri (penzionisani 2006)			Budući penzioneri (penzionisani 2046)		
	Zakonske PAYG šeme	Zakonske fundirane šeme	Profesionalne ili individualne šeme	Zakonske PAYG šeme	Zakonske fundirane šeme	Profesionalne ili individualne šeme
BE	91%	/	9%	80%	/	20%
BG	*	*	*	*	*	*
CZ	100%	/	/	100%	/	/
DK	84%	6%	10%	55%	6%	45%
DE	90%	/	10%	75%	/	25%
EE	*	*	*	*	*	*
EL	100%	/	/	100%	/	/
ES	100%	/	/	100%	/	/
FR	100%	/	/	100%	/	/
IE	46%	/	54%	57%	/	43%
IT	100%	/	/	80%	20%(TFR)	/
CY	90%	/	/	85%	/	15%
LV	100%	/	/	51%	49%	/
LT	100%	/	/	62%	38%	/
LU	100%	/	/	100%	/	/
HU	100%	/	/	75%	25%	/
MT	100%	/	/	100%	/	/
NL	40%	/	60%	40%	/	60%
AT	100%	/	/	100%	/	/
PL	100%	/	/	56%	44%	/
PT	100%	/	/	100%	/	/
RO	*	*	*	*	*	*
SI	100%	/	/	100%	/	/
SK	100%	/	/	56%	44%	/
FI	100%	/	/	100%	/	/
SE	78%	/	22%	65%	12%	23%
UK	78%	/	22%	68%	/	32%

*Napomene: *nije dostupan; / ne postoje takve sheme po uzoru na teorijske stope ili podaci nisu reprezentativni, Izvor: SPC, 2008: 20.*

U nekim zemljama članicama Unije sredstva za pokrivanje i smanjenje tranzicionih troškova preusmeravaju se ka sadašnjim penzionerima, merama koje obuhvataju manje povoljna pravila indeksacije, restriktivnijim uslovima za

sticanje prava na penziju (podizanje starosne granice, promena formule obračuna, ukidanje prevremenog penzionisanja) i ograničavanjem pristupa kapitalizovanim fondovima u okviru obaveznog osiguranja (uslovi u pogledu godina života i potrebnog vremena ulaganja).

Države u kojima je u periodu tranzicije uveden II stub obaveznog osiguranja imale su velike izdatke za reformisanje sistema, ali je u nekima takođe zabeležen pomak u smanjenju sive ekonomije i većem obuhvatu zaposlenih penzionim osiguranjem – BG, EE, HU, LT, LV i SK (Leppik, Vork, 2007). To je obezbedilo veći priliv sredstava po osnovu uplate doprinosa ili poreza u fondove osiguranja i stabilniju isplatu penzija u okviru PAYG sistema, dok je isplata penzija u privatnim fondovima počela kasnije. Na ublažavanje negativnih efekata tranzicije i smanjenje troškova pozitivan efekat su imale promene na tržištu rada i povećanje zaposlenosti u periodu oporavka i ekonomskog napretka. Pojedine vlade su tranzicione troškove tumačile kao deo političkih reformi pa su otuda i sredstva za njihovo pokrivanje obezbeđena iz poreskih i drugih prihoda (prodaja državne imovine, privatizacija).

Period krize podstakao je rasprave o održivosti II stuba osiguranja i mogućnosti pokrivanja troškova prelaznog perioda. To se posebno odnosi na zemlje koje su tranzicionim troškovima naročito opteretile pojedine grupe osiguranika, što se odrazilo na stvaranje deficita u fondovima obaveznog osiguranja (PL, SK). Neke vlade su prebacile deo troškova tranzicije na sadašnje i/ili buduće korisnike PAYG penzione šeme, što ima posledice po adekvatnost beneficija. Dok se relativni prihodi penzionera čine generalno stabilni, čini se da se povećava stopa siromaštva u pojedinim zemljama članicama koje priznaju brzi rast i sa niskom indeksacijom penzionih beneficija. Bez budućih mera za monitoring i prilagođavanje penzionih beneficija ovaj trend bi mogao da se dalje razvije u budućnosti.

4. Adekvatnost penzija

Obezbeđenje primerenih (adekvatnih) prihoda u starosti predstavlja osnovni cilj penzionih sistema u zemljama članicama Unije, i pored razlika između pojedinih modela. Utvrđivanje visine relativnih prihoda u starosti vrši se setom indikatora koje utvrđuju nadležne službe Unije i primenju nadležni organi.

ISG (Indikatori koje koristi podgrupa Komiteta za socijalnu zaštitu):

Teoretska stopa zamene (*Theoretical replacement ratio*) se kao indikator koristi u oceni efekata novih mera. Za referencu se uzima vrednost koja se izračunava tako što se krene od pretpostavke da se radi o muškarcu koji je ispunio sve uslove za odlazak u penziju (65 godina života i 40 godina radnog staža) i koji bi trebalo da ostvari svoja prava prema novousvojenim pravilima. Ovo se nakon toga poredi sa pokazateljima koji se dobiju ukoliko (isti hipotetički okvir) akumulira svoja prava iz penzionog sistema pod aktuelnim (novousvojenim) kriterijumima. Svrha je da se utvrdi na koji način će reforme uticati na ostvarivanje prava u budućnosti.

Agregatna stopa zamene (*Aggregate replacement ratio*) se definiše kao medijana individualnih penzija lica starosti od 65–74 godina u odnosu na medijanu individualnih prihoda lica od 50–59 godina, ne uzimajući u obzir druge socijalne beneficije.

Medijana relativnih prihoda starijih lica reflektuje ujednačen presek prihoda domaćinstva i relevantan je u cilju utvrđivanja celokupnih prihoda starijih lica u odnosu na aktivno stanovništvo.

AWG (Radna grupa koja se bavi starenjem) indikatori su:

„Benefit ratio“ predstavlja prosečnu beneficiju: a) javnih penzija i b) javnih i privatnih penzija kao deo prosečne zarade u društvu.

Prosečna bruto stopa zamene „*Gross Average Replacement Rate*“ se izračunava kao prosečna penzija koja se ostvaruje prilikom penzionisanja kada je ispunjen prvi kriterijum za odlazak u penziju kao deo prosečnih prihoda u društvu (EC – Interim EPC-SPC, JRP, 2010: 24).

Indikatori se koriste radi utvrđivanja efekata penzionih sistema u smanjivanju siromaštva starih i ublažavanju razlika u приходima. U većini zemalja članica Unije stari su više izloženi riziku siromaštva od ostalog dela populacije, tako da zajedno sa decom imaju nadprosečnu stopu. U 2007. godini u EU27 u riziku od siromaštva bilo je 16% muškaraca i 22% žena, starijih od 65 godina. Reforme penzionog sistema imale su negativan uticaj na životni standard starijeg dela populacije i povećanje rizika od siromaštva. Nove članice (EU10) su ranije imale

izdašne sisteme osiguranja (redistribucija, egalitarizam), pa je otuda i rizik siromaštva kod penzionera 2005. godine bio niži od stope kod dece i radno aktivnog dela populacije. Na drugoj strani su države koje smanjuju izdatke za penzije, što dovodi do pada prosečnih penzija i povećanja siromaštva kod starih koji se povlače sa tržišta rada. Analize efekata socijalnih beneficija na smanjenje siromaštva u EU27 pokazuju da penzije imaju značajnu ulogu i da bi stopa siromaštva bila daleko veća, ako one ne bi postojale.

4.1. Rizici i efekti krize

Reforme sistema socijalne sigurnosti imale su za cilj smanjenje uloge države i podizanje nivoa individualnog izbora. Globalna finansijska kriza (2008) je posebno pogodila privatne fondove i povećala rizik pogrešnog izbora pojedinca. Ni PAYG sistemi nisu imuni na krizu i to pre svega zbog pada doprinosa po osnovu zaposlenosti, što smanjuje prihode fondova obaveznog osiguranja. Kriza je aktuelizovala pitanje odgovornosti države u obezbeđenju minimalnih prihoda u starosti, za one koji štede u državnim i privatnim fondovima. Da bi se predupredili veliki udari i sprečilo potpuno propadanje privatnih penzija, vladini organi su doneli set mera kao odgovor na krizu.

Istraživanja efekata krize na penzije (OECD, 2009) pokazuju da privatno osiguranje nije dovoljno sigurno u pokrivanju rizika starosti i da predstavlja često problem zbog različitih informacija za one kojima je najpotrebnije. Isto tako, garantovani nivo prihoda u starosti (zakon, ustav) može biti destimulativan za dodatne vidove osiguranja tokom radnog veka. Efikasni PAYG sistem je primerniji od fondovskog penzionog sistema iz dva razloga. Prvo, osigurava sve time što redistribuira u korist siromašnih i porodica. Drugo, u boljoj je poziciji da efektno osigura pojedince čak i u teška vremena od finansijskih posledica starosti bez izlaganja starijih velikim rizicima. Ovo je međutim slučaj samo ako garantuje prihode za održavanje egzistencije i ne nudi previše velikodušne beneficije. Interesantno je da se čak i zemlje koje nemaju ili imaju jako slab PAYG sistem (Australija) na kraju oslanjaju na implicitnu PAYG komponentu. Vlade ne žele da dozvole da im stari umru od gladi, tako da države moraju da popune praznine beneficijama koje su proverene i finansirane porezima. Gubici usled međunarodne finansijske krize će ove zemlje opteretiti dodatnim, izuzetno velikim troškovima – ovo su vremena iskušenja (Bütler, 2009).

Ekonomska kriza je takođe pokazala da nijedan sistem nije pošteđen i da su finansijske turbulencije na tržištu uticale na pad vrednosti penzionih fondova. „Najveći gubitak imali su fondovi u Irskoj (37,5%), ali su investicije izgubile četvrtinu vrednosti u Australiji i SAD. Na drugom kraju skale su gubici iznosili nešto više od 10% u Slovačkoj i još manje u Češkoj, Nemačkoj i Meksiku. Slikom

OECD dominira vrednost fondova u SAD gde je ukupni pad imovine bio 23%. Međutim, prosek za 23 zemlje je dosta niži: 17%“ (OECD, 2009: 1). Veliki pad zabeležen je u povraćaju investicija, u zavisnosti od toga, gde se najviše ulagalo. Tržišta OECD su u 2008. godini zabeležila pad od 45%, ali je vrednost državnih obveznica imala tendenciju rasta, pri indeksu od 7%.

Nisu sve penzije u podjednakoj meri pogođene krizom. Najveće razlike u obimu uticaja globalne finansijske krize vidljive su u pogledu starosti pojedinca. Kako mlađi radnici imaju manje penzijske uštedevine, to su posledice krize na ovaj deo zaposlenih manje. „Lica koja su već u penziji, generalno uzevši, neće biti pogođena krizom. Posledice ekonomske krize po tržište rada (radna mesta i zarada) ne utiču direktno na njih. Najveći deo je takođe zaštićen od efekata finansijske krize na privatne penzije, čak i u zemljama u kojima one predstavljaju značajan izvor prihoda za stare. Razlog za to je što profesionalni planovi i anuiteti pružalaca, nalaze načine da ispune obećanja da će isplatiti određenu visinu penzija“ (OECD, 2009: 3). Međutim, postoje izuzeci za penzije koje su definisane doprinosima i kod penzijskih isplata koje su podložne automatskom prilagođavanju, što zavisi od šeme finansiranja penzija.

Zaposleni pred penzijom predstavljaju grupu koja je najakutnije pogođena ekonomskom krizom. Oni najčešće prvi gube posao, izloženi su riziku dugoročne nezaposlenosti i smanjenim mogućnostima uplate u penzijske fondove. Nezaposlenost i nedovoljna štednja za starost umanjuje mogućnost obezbeđenja adekvatne visine penzija, jer su nepokriveni periodi doprinosima često veoma dugi. Za lica pred penzijom ne postoji vreme odlaganja i ublažavanja negativnog uticaja krize, niti mogućnost da sačekaju oporavak finansijskog tržišta, kako bi se nadoknadili gubici u privatnim fondovima i drugim oblicima štednje za starost. Odlaganje penzionisanja ima ograničene efekte i može doprineti povratku dela imovine, što će zavisiti i od toga, da li su investicije bile manje rizične.

Odustajanje od penzionih reformi i povratak na stare penzione šeme predstavlja krajnje nepopularnu i malo primenjivanu meru. Pokazalo se da je redefinisanje uslova za pristupanje privatnim penzionim planovima prihvatljivije od potpunog ukidanja višestubnog modela obezbeđenja sigurne starosti. Najnoviji primer revizije penzijskog sistema u Slovačkoj pokazuje nastojanja da se prevelik tranzicioni trošak ublaži preko državnih penzija. Promenama zakona, opredeljenje za privatne fondove više nije obavezno za one koji stupaju na tržište rada, a javna šema je standardna opcija. Opravdanje za navedene promene sadržano je u činjenici da se u Slovačkoj 60% zaposlenih opredelilo za privatne penzije u periodu reformi, što je dovelo do fiskalnih problema zbog manjka doprinosa u fondovima obaveznog osiguranja.

„Niko ne želi da se vrati (s pravom prekinutim) planovima koji se zasnivaju samo na beneficijama sa njihovom zavisnošću od konačne uplate, u kojoj obično prolaze bolje bogatiji pojedinci. Ali, postoje alternativne opcije kao što su planovi

definisani doprinosima sa ciljem beneficija. Ovde je penzija proporcionalna proseku uplaćenih doprinosa. Sa odgovarajućom regulacijom minimalnog rasta i stope konverzije, pojedinci su manje – više zaštićeni od makroekonomskih rizika. Takvo rešenje jednako je osiguranju između generacija, što je lakše postići u kolektivno organizovanim sistemima. Kriza je takođe pokazala da je potcenjen sistemski rizik takve međugeneracijske distribucije i da su nerizične beneficije u prošlosti bile previše visoke. Ovo se mora uzeti u obzir prilikom sastavljanja regulative u budućnosti, kao i prilagođavanja, koje će koristiti komponentama i rezervama“ (Bütler, 2009: 4).

Reforme sistema usmerene na smanjenje uloge države u osiguranju rizika starosti obezbedile su veći izbor pojedincu i ulaganje u privatne fondove. Iskustvo je pokazalo da privatizacija penzionih fondova nosi odgovarajuće rizike i da pojedinci često nisu u mogućnosti da donesu racionalne odluke. Veliki povraćaj sa tržišta kapitala u periodu prosperiteta uticao je na opredeljevanje za rizična investiciona ulaganja.

4.2. (Ne)sigurnost prihoda i siromaštvo

Pokrivanje rizika starosti, obezbeđenjem sigurnih prihoda nakon penzionisanja, ostvaruje se na različite načine. U zavisnosti od načina finansiranja, to može biti u okviru sistema penzijskog osiguranja ili socijalne zaštite (socijalna pomoć, socijalna penzija). Osiguranje ili štednja zasnivaju se na uplati doprinosa, dok se kod socijalnih penzija radi o ne-doprinosnom obezbeđenju minimalnih prihoda u starosti. Penzijski sistemi bi po pravilu, bez obzira na prihvaćeni model, trebalo da pruže sigurnost prihoda i smanjenje rizika siromaštva u starosti. U zavisnosti od konkretnih mogućnosti, svaki sistem bi trebalo da sadrži redistributivne elemente ili garancije minimalnih prihoda za lica sa niskim zaradama i malim uplatama za penziju. Za one koji nisu radili ili se nalaze na marginama društva iz drugih razloga, potrebno je postojanje različitih oblika pomoći.

Suštinu promenjenog stava Svetske banke o politikama penzionih reformi čini usmerenost na „obezbeđenje osnovnog dohotka za sve ugrožene starije osobe“ i veću ulogu instrumenata za „ujednačavanje potrošnje“ koji su zasnovani na delovanju tržišta. „Penzijski sistemi imaju četiri centralna cilja (Barr, 2006). Iz perspektive pojedinca, penzije imaju dve namene: (a) ujednačavanje potrošnje u toku životnog ciklusa i (b) osiguranje od rizika, posebno neizvesnost očekivane dužine života nakon penzionisanja... Dodatni ciljevi javnih politika takođe su uključeni u penzijski sistem, posebno (c) smanjivanje siromaštva među starijima i (d) preraspodela dohotka kroz korišćenje javnog penzijskog plana za postizanje ravnopravnije raspodele dohotka kroz transfere od bogatijih ka siromašnijim“ (Holzman, Hinz, 2005: 23).

Stari²⁰ su u proseku EU siromašniji od ostalog dela populacije (19% nasuprot 16% u 2008). Posmatrano prema stopi rizika od siromaštva, sve države članice se mogu podeliti u tri grupe. U prvoj su zemlje u kojima je stopa niža od EU proseka (16% i manje). U ovu kategoriju spadaju: Mađarska, Luksemburg, Češka, Slovačka, Holandija, Francuska, Poljska, Nemačka, Austrija i Švedska. Drugu kategoriju čine zemlje u kojima je stopa rizika od siromaštva starih od 18 do 23% – Danska, Belgija, Irska, Italija, Slovenija, Grčka, Malta, Portugalija i Finska. Daleko iznad EU proseka su zemlje sa stopom rizika iznad 25%, među kojima je najviša u Latviji (51%) i Kipru (49%), a zatim slede: Estonija, Bugarska, Velika Britanija, Litvanija (29%), Španija (28%) i Rumunija (26%).

Značajnu karakteristiku siromaštva starih čini razlika prema polu, što se tu-mači činjenicama da su penzijski sistemi nastali u uslovima koji podrazumevaju zaposlenog muškarca koji izdržava porodicu. Veća zaposlenost žena i podela na sfere u kojima čine većinu (usluge) i visina zarade, reflektuju se na visinu primanja u starosti. Starije žene imaju veći rizik od siromaštva od starih muškaraca i proseki u EU27 je oko 22% za žene i 16% za muškarce. U sedam država, stopa rizika siromaštva kod žena niža je od siromaštva muškaraca: u Mađarskoj, Luksemburgu, Holandiji, Francuskoj, Danskoj, Belgiji i Malti. U drugim članicama Unije, stopa siromaštva žena je daleko iznad rizika siromaštva kod muškaraca.

Lica starija od 65 godina posebno su pogođena siromaštvom u Španiji, Grčkoj, Portugaliji, Velikoj Britaniji, Litvaniji i Kipru. U svim zemljama, starije žene su siromašnije od muškaraca. U maloj grupi zemalja (CZ, LU, HU, NL, PL, SK) rizik siromaštva kod starijih od 65 godina je niži od mlađe kohorte (0–64). U najvećem broju država EU25 (BE, EE, IE, EL, ES, MT, FI, SI i UK), stopa rizika za lica 65+ je na nivou evropskog proseka (19% u 2006. godini) i razlika u poređenju sa radnim delom populacije je izrazita. Kipar ima ekstremno visoku stopu siromaštva kod starih (52%) i petostruko veću od lica 0–64 godina (11%). Uzroci takvog stanja nalaze se u pokrivenosti minimalnim penzijama i visini penzija po osnovu osiguranja posle promena 1980. godine. Pored toga, neformalna porodična solidarnost, koja ima dugu tradiciju na Kipru, nije obuhvaćena statističkim podacima, što utiče na promenu slike u stvarnosti. U strukturi siromašnih starih preovlađuju žene (sa izuzetkom EL, DK, FI, NL) koje žive same, dok u gotovo svim članicama EU (sa izuzetkom NL, MT, PL) kod starih sa 75 i više godina, stopa rizika je veća od deceniju mlađih lica (EC, 2008: 59).

Penzijski sistemi kao „metodi rešavanja i upravljanja rizicima starenja“ usme-reni su na obezbeđenje adekvatnog i finansijski održivog nivoa prihoda za period nakon povlačenja sa tržišta rada. Preraspodela funkcija između različitih nosilaca sistema i uvođenje višestubnog modela, trebalo bi (WB, 2005: 35) da pokrije

²⁰ Lica sa 65 i više godina, 65 godina je u većini država članica EU uslov za odlazak u starosnu penziju.

pojedinačne tipove rizika. Nedoprinosni ili „multi“ stub obezbeđuje „minimalni nivo zaštite“ radi sprečavanja rizika siromaštva kod starih, koji nastaje zbog niskog nivoa zarada tokom radnog veka, dugotrajnog odsustva sa formalnog tržišta rada, nedovoljne štednje i prevelikih očekivanja od obaveznog osiguranja.

Rizik siromaštva starih (65+) u EU (2008)

Država	Stopa rizika od siromaštva (65+ u %)	Ukupna populacija (65+ u 1000)	Siromašna populacija (65+ u 1000)
Latvija	51	391	199
Kipar	49	98	48
Estonija	39	230	90
Bugarska	34	1 323	450
Velika Britanija	30	9 844	2 953
Litvanija	29	533155	
Španija	28	7 520	2 106
Rumunija	26	3 206	833
Finska	23	875	201
Grčka	22	2 090	460
Malta	22	57	12
Portugalija	22	1 850	407
Belgija	21	1 820	382
Irska	21	479	101
Italija	21	11 946	2 509
Slovenija	21	327	69
Danska	18	853	154
Švedska	16	1 608	257
Austrija	15	1 425	214
Nemačka	15	16 519	2 478
Poljska	12	5 131	616
Francuska	11	10 506	1 156
Holandija	10	2 415	241
Slovačka Republika	10	647	65
Češka Republika	7	1 513	106
Luksemburg	5	68	3
Mađarska	4	1 624	65
EU 27	19	84 898	16 329
EU 15	20	69 818	13 621

Izvor: EU-SILC 2008 za sve zemlje, za Bugarsku i Rumuniju; Nacionalne ankete o potrošnji domaćinstva, Eurostat, Navedeno prema: Zaidi, 2010: 4.

Obezbeđenje minimalnog nivoa zaštite u starosti, predstavlja bitan element sistema socijalne sigurnosti u zemljama Evropske unije. U zavisnosti od modela

sistema, obima beneficija, organizacije i finansiranja sistema, primetne su razlike u nivou redistributivnih sadržaja i uticaju na smanjenje rizika siromaštva. Na nivou Unije, socijalni transferi umanjuju siromaštvo za 10% (sa 26% na 16% u 2006. godini). Najveći efekti vidljivi su u Češkoj, Nemačkoj, Holandiji i nordijskim zemljama, u kojima je stopa rizika od siromaštva manja za 50%, dok u Bugarskoj, Italiji i Litvaniji socijalni transferi smanjuju stopu siromaštva za 18%.

Adekvatnost i održivost penzija predstavlja bitnu karakteristiku politike starenja evropskih zemlja. U skladu sa tim, penzioni sistemi treba da obezbede odgovarajući nivo prihoda za sve i da pruže mogućnost pojedincima da zadrže, u razumnoj meri, svoj životni standard i posle prestanka sa radom. Sigurnost prihoda i finansijska održivost javnih i privatnih penzionih šema, ostvaruju se preko podrške dužem radnom veku i aktivnom starenju. „Minimalna sigurnosna mreža“ u većini slučajeva ne obezbeđuje beneficije i prihode iznad praga od 60% medijane dohotka, kao granice rizika siromaštva u evropskim zemljama. Promovisanje Metoda otvorene koordinacije u cilju redukcije siromaštva i socijalne isključenosti, podstaklo je rasprave o potrebi definisanja „minimalnog standarda“ i uvođenja „evropskih socijalnih penzija“ koje bi se finansirale iz fiskalnog budžeta EU.

Da li se i u kojoj meri ostvaruju navedeni ciljevi penzionog sistema, meri se setom indikatora, ali se najčešće koristi „stopa zamene“ koja pokazuje odnos prihoda pre i posle penzionisanja. Posmatrano na makro nivou, održanje adekvatnih prihoda u starosti izražava se u odnosu prosečne penzije i prosečne zarade. On pokazuje kakav je životni standard penzionera u odnosu na one koji rade, pod uslovom da su im penzije, odnosno plate osnovni izvor prihoda. Državni (javni) sistemi penzijskog osiguranja po pravilu sadrže redistributivnu komponentu koja obezbeđuje minimalni prihod u starosti. To se postiže preko „univerzalnog pristupa“²¹ ili sistema „dopune“²², odnosno socijalnih penzija (za sve građane iznad određenih godina života) ili minimalnih penzija (za one čiji bi prihodi bili ispod definisanog nivoa životnog standarda).

²¹ „Kod univerzalnog pristupa svim građanima starijim od propisane granice iz budžeta se isplaćuje jednaka socijalna penzija koja se često naziva i osnovnom penzijom. Na tu osnovu se dodaje deo penzije koji zavisi od zarade pojedinca tokom radnog veka. Ovaj vid socijalne penzije uglavnom se sreće u razvijenim zemljama u kojima postoji sistem globalnog oporezivanja koji na kraju 'ispegla' neravnopravnosti. S druge strane, ovaj sistem se preporučuje i manje razvijenim zemljama, koje obično nemaju dobar obuhvat obaveznim penzijskim osiguranjem“ (CLDS, 2009: 16).

²² Pristupom popunjavanja se obezbeđuje otklanjanje razlike između prihoda koje bi korisnik penzija ostvario i minimalnog nivoa neophodnog za obezbeđenje „apsolutnog životnog standarda“. To se izražava u vidu „targetirane socijalne penzije“ ili minimalne penzije.

Stopa materijalne deprivacije starih prema godinama za penzionisanje, i „konzistentno“ siromaštvo (2008)

Država	Stopa rizika od siromaštva, %	Stopa materijalne deprivacije, %	Stopa materijalne deprivacije onih koji su u riziku siromaštva	Konzistentno siromaštvo (materijalna deprivacija i rizik od finansijskog siromaštva)
Bugarska	34	73	96	33
Rumunija	26	57	74	19
Latvija	51	50	69	35
Poljska	12	39	70	8
Litvanija	29	37	56	16
Slovačka	10	37	63	6
Mađarska	4	35	61	13
Kipar	49	33	46	23
Grčka	22	30	61	13
Portugalija	22	28	54	12
Slovenija	21	21	48	10
Češka	7	17	37	3
Estonija	39	15	24	9
Malta	22	14	30	6
Italija	21	14	15	3
Austrija	15	12	30	5
Francuska	11	10	212	
Finska	23	8	16	4
Belgija	21	8	14	3
Španija	28	7	12	3
Irsk	21	7	12	3
Nemačka	15	7	29	4
V. Britanija	30	5	6	2
Švedska	16	3	4	1
Holandija	10	3	8	1
Luksemburg	5	1	6	0,3
EU 27	19	16	30	6

Izvor: EU-SILC 2008, navedeno prema: Zaidi, 2010: 22.

Socijalne penzije²³ razmatraju se u kontekstu smanjenja siromaštva, pri čemu u velikom broju država postoji ovaj vid penzija (zemlje u razvoju), odnosno davanja kojima se obezbeđuje finansijska sigurnost u starosti (industrijski razvijene zemlje). „Cilj socijalnih penzija je da obezbede prag prihoda i, samim tim, da smanje siro-

²³ U gotovo istovetnom značenju pored socijalnih penzija koriste se termini: cash transfers (gotovinska davanja), non-contributory pensions (bezdoprinske penzije), social protection pension (penzije za socijalnu zaštitu), zero-pillars (nulti stub), itd.

maštvo među starijom populacijom. Ukoliko je njihova uspešnost velika, one bi takođe trebalo da smanje i ukupnu stopu siromaštva. Bilo kako bilo, efikasnost ove vrste targetiranja zavisi od relativne stope siromaštva starih. Na primer, socijalnim penzijama se može dati veći značaj u zemljama gde postoji tendencija da su domaćinstva sa starijim članovima disproporcionalno siromašna u odnosu na ostala domaćinstva. Na drugoj strani, niska stopa siromaštva među starima pretpostavljala bi da bi bilo efikasnije ukoliko bi se fondovi koji su usmereni na socijalne penzije koristili u opštim programima socijalne pomoći ili ako imaju kao ciljnu grupu druge kategorije stanovništva“ (Palacios, Sluchynsky, 2006: 14).

U zemljama u kojima penzije na osnovu doprinosa imaju zanemarljivu ulogu, socijalne penzije se isplaćuju u vidu novčanih davanja licima iznad odgovarajuće starosne granice ili sa prihodima ispod definisanog nivoa. One su postojale u Skandinaviji do 1960. godine, Australiji do 1933. godine, u nekim afričkim zemljama i na Novom Zelandu, čak i danas. Socijalne penzije kao dodatni oblik davanja, predviđene su u zemljama u kojima se pretpostavlja da penzijski sistem na osnovama doprinosa neće obuhvatiti najsiromašnije. Pored navedena dva modela u nekim državama u Južnoj Aziji, socijalne penzije koegzistiraju uporedo sa doprinosnom šemom slabog obuhvata. Istraživanja (WB, 2006) pokazuju da je uticaj „osnovnih socijalnih penzija“ na ukupnu stopu siromaštva značajan, ali da je njihovo uvođenje skupo, posebno za zemlje sa ograničenim izvorima javnih prihoda. Otuda se u periodima kriza pojavljuje pitanje finansijske održivosti postojećih oblika pomoći i dobre targetiranosti programa radi postizanja maksimalnih efekata.

Negativni efekti finansijske krize nametnuli su potrebu definisanja minimalnog nivoa zaštite starih koji mora biti usklađen sa nacionalnim specifičnostima penzijskih sistema i raznovrsnih oblika socijalne pomoći. Uvođenje socijalnih penzija prema mišljenju eksperata, zavisi od „najmanje tri kriterija“: uloge socijalne pomoći, relativne stope siromaštva starih i obuhvata obaveznom šemom. „Zemljama u kojima postoji izgrađen sistem finansijske pomoći starima preko instituta socijalne pomoći, ne preporučuje se uvođenje socijalnih penzija. Ukoliko je siromaštvo starih manje nego kod ostalog dela populacije, nema argumenata za uvođenje socijalnih penzija, a u zemljama gde je pokrivenost doprinosnim penzijama velika, uvođenje socijalnih penzija nije urgentno“ (Palacios, Sluchynsky, WB: 2006: 33). U osnovi procene mogućnosti uvođenja socijalnih penzija leže ograničenja fiskalnih prihoda i njihove raspodele.

Ekonomska kriza je ujedno i vreme za preispitivanje efikasnosti neformalnih oblika podrške starima, imajući u vidu činjenicu da porodična solidarnost jača, odnosno gubi na intenzitetu, ako kriza dugo traje. Promene u porodičnoj strukturi i migracije radno sposobnih članova doprinose jačanju faktora nesigurnosti u starosti, u uslovima nedovoljno razvijene mreže socijalnih službi. Nepovoljni uslovi na tržištu rada ograničavaju mogućnosti zaposlenja i podizanja nivoa prihoda domaćinstva sa izdržanim članovima.

4.3. Prioriteti modernizacije

Penzione reforme u EU27 i šire, imale su za cilj izgradnju sistema koji obezbeđuje primerene i održive prihode u starosti. Strateški ciljevi iz Luksemburga i opredeljenja iz Stokholma (redukovati dug, podići stope zaposlenosti i produktivnosti, reformisati sistem penzija, zdravstvene zaštite i dugotrajne nege starih) i dalje su aktuelni. Na to se nadovezuju ciljevi i prioriteti strategije „Evropa 2020“. Da bi podstakla njihovo ostvarenje, Komisija je jula 2010. godine objavila „Zeleni knjigu: Adekvatni, održivi i sigurni evropski penzioni sistemi“ (SEC (2010) 830) koja definiše izazove (starenje stanovništva, promene sistema zaštite, uticaj finansijske i ekonomske krize), prioritete i opšte ciljeve.

Adekvatnost i održivost penzijskih sistema određuju se kao dve strane iste medalje (EC – Green Paper, 2010: 8). Solidarnost unutar i među generacijama čini suštinu socijalnih sistema, i do sada se, prema oceni Komisije, većina penzionih reformi rukovodila tim principom. Smanjenje razlika u prihodima i pad stope zamene, trebalo bi da prate povećane mogućnosti za duži ostanak na tržištu rada i poboljšanje pristupa sistema zaštite. Razlike se mogu povećati, u slučaju da osiguranja rizika nezaposlenosti, bolesti i nege nisu predviđena za rizične grupe, kao što su radnici sa fleksibilnim ugovorima ili ne postoji garantovana minimalna penzija. U kapitalizovanim modelima, adekvatnost zaštite starih može se obezbediti preko podele investicionog rizika. Održivost penzijskih sistema predstavlja takođe važnu komponentu modernizacije. Cilj je da se smanje troškovi u obaveznom osiguranju i stvori baza za stabilizaciju javnih finansija, posebno u zemljama u kojima je prognozirani dalji rast izdataka za penzije.

Uravnotežen odnos između trajanja zaposlenosti i povlačenja sa tržišta rada – penzionisanja. U proteklom veku, došlo je do produženja vremena uživanja penzija, pri čemu postoje velike razlike među zemljama članicama. Povećanje životnog standarda reflektuje se na stalni rast očekivanih godina života, tako da vreme provedeno u penziji čini trećinu životnog veka i pored promena usmerenih na duže radno angažovanje. U EU27, manje od 50% lica sa 60 godina još radi, što je u suprotnosti sa zaključkom iz Barselone (2002) o produženju zaposlenosti za pet godina. Postojeće stanje takođe nije u skladu sa ciljem strategije Evropa 2020, kojom je predviđena stopa zaposlenosti od 75% kao preduslov privrednog rasta. Da bi otklonile uočene probleme, zemlje članice su reformisale državni penzioni sistem i povećale godine staža osiguranja i godine života, kao uslov za ostvarivanje prava na punu penziju. Značajan broj država je uveo i mehanizme automatskog usklađivanja penzija sa očekivanim godinama života, kao meru koja treba da doprinese održivosti penzijskog sistema.

Da bi obezbedili duži ostanak na tržištu rada starijim radnicima – muškarcima i ženama, potrebno je uvesti mere kojima se obezbeđuje jednak pristup zaposlenosti i obrazovanju za sve, bez obzira na godine života, pol i etničku pripadnost. Evropski

socijalni fond podržava mere poboljšanja mogućnosti za zapošljavanje i stope zaposlenosti starijih muškaraca i žena. Evropska komisija je 2012. godinu proglasila evropskom godinom aktivne starosti, kako bi države članice, socijalni partneri i drugi akteri, stvorili bolje uslove za učešće starijih radnika na tržištu rada.

Povećanje mobilnosti i uklanjanje prepreka za slobodno kretanje roba, kapitala i ljudi, predstavlja važnu komponentu jedinstvenog evropskog tržišta. Evropska unija je proteklih decenija donela niz propisa koji obezbeđuju korišćenje prava u sistemu osiguranja u državama članicama. Koordinacija sistema na nivou Unije usmerena je i na obezbeđenje veće mobilnosti penzionera, na šta upućuju i najnovije direktive (883/2004 i 987/2009) o obračunavanju vremena osiguranja u drugim zemljama prilikom obračuna penzija. Za veću mobilnost potrebno je takođe obezbediti veću koordinaciju u osiguranju minimuma standarda i pristup drugim oblicima zaštite starih u zemljama EU.

Sigurne i transparentne penzije sa više informacija i saznanja, definisane su takođe kao cilj penzionih reformi u Zelenoj knjizi Komisije iz 2010. godine (EC – Green Paper, 2010: 15). Raznolikost modela i novine nastale privatizacijom fondova pružaju veće mogućnosti za izbor, ali donose i rizike zbog nedovoljne obaveštenosti potencijalnih korisnika dodatnih vidova osiguranja. I pored toga, najveći broj zaposlenih u EU27 uključen je u programe obaveznog državnog osiguranja zasnovanog na doprinosima (60 miliona Evropljana 2010). Globalna ekonomska kriza ukazala je na prednosti obaveznog osiguranja i obezbeđenje od rizika u sistemu generacijske solidarnosti. U isto vreme, fondovi na bazi individualne štednje nisu bili u mogućnosti da sačuvaju vrednost uloženi sredstava i obezbede adekvatni nivo minimalnih prihoda u starosti, u zemljama sa višestubnim penzijskim sistemom.

Zelena knjiga takođe sadrži pitanja o solventnosti penzionih fondova i rizicima nesolventnosti i potrebama za adekvatnim informacijama. Komplikovana procedura i često nejasan rečnik otežavaju donošenje odluka i povećavaju rizik pogrešnog odabira fondova koji funkcionišu na bazi kapitalizacije. Zahteva se donošenje dodatne regulative u zemljama članicama, koja će obezbediti bolji pristup važnim informacijama i veću sigurnost ulaganja. Pritom se konstatuje da postoje granice koje se postižu obavezanim informisanjem i tehničkim napretkom, pa je potrebno preduzeti nove korake u podizanju nivoa sigurnosti i održivosti privatnih penzija.

Literatura

- Barr, N. (2006), *National Defined Contribution Pensions: Mapping the Terrain*. In *Pension Reform: Issues and Prospects for Non-Financial Defined Contribution (NDC) Schemes*, Edited by Robert Holzmann, Edward Palmer. Washington, WB.
- Buch, K. (2005), *Die Perspektiven des Europäischen Sozialmodells*, Hans-Böcker-Stiftung, Düsseldorf.
- Bütler, M. (2009), *Have social security reforms shifted too much risk to individuals? The financial crisis suggests they might have*, www.voxeu.org/index.php?q=node/3059
- EC (2008), *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, EC.
- EC (2009), *Private pension schemes – Their role in adequate and sustainable pensions*, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E.4. Manuscript completed in December 2009, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.
- EC (2010), *Green Paper – towards adequate, sustainable and safe European pension systems*, SEC (2010)830, Brussels, 7.7.2010.
- EC – Ageing Report (2009), *The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060)*. Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), Working Document (Forthcoming in European Economy No 2/2009).
- EC – Interim EPC-SPC Joint Report (2010), *Interim EPC-SPC Joint Report on Pensions*, Brussels, 31/05/2010, ARES save number (2010)221924 –REV, SPC/1005/2
- EC – Joint Report (2010), *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010*, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Units E2 and E4. Manuscript completed in February 2010, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.
- EU (2010), *Angemessene, nachhaltige und sichere europäische pensions – und Rentensysteme*, Luxembourg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2010, <http://ec.europa.eu/social/>
- Europäische Kommission (2010), *EUROPA 2020 – Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum*, Brüssel, den 3.3.2010.
- Holzman, R. Hinz, R. (2005). *Old-age Income Support in the 21st Century: an International Perspective on Pension Systems and Reform*. Washington: World Bank.
- Leppik, L. Vork, A. (2007), *Transition costs of reformed pension systems*. Tallinn, 2007.
- Matković, G. Bajec, J. Mijatović, B. Živković, B. Stanić, K. (2009), *Izazovi uvođenja obaveznog privatnog penzijskog sistema u Srbiji*, Beograd: Centar za liberalno demokratske studije, CLDS.
- OECD (2009), *Pensions and the crisis*. www.oecd.org
- OECD – Pensions at a Glance (2009), *Pensions at a Glance 2009, Retirement-Income Systems in OECD Countries*, www.oecd.org/els/social/pensions
- Palacios, R. Sluchynsky, S. (2006), *Social Pensions, Part I: Their Role in the Overall Pension System*, SP Discussion Paper Np. 0601, World Bank.

- SEC (2008), European Commission – *Monitoring progress towards the objectives of the European Strategy for Social Protection and Social Inclusion*, Brussels, SEC(2008).
- SPC (2008), Privately managed funded pension provision and their contribution to adequate and sustainable pensions, www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=743&langId=en
- World Bank (1994), *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Washington: WB.
- World Bank – Human Development Network (2008), *The Financial Crisis and Mandatory Pension Systems in Developing Countries*, WB, <http://siteresources.worldbank.org/INTPENSIONS/Resources/>
- Zaidi, A. (2010), *Poverty Risks for Older People in EU Countries – An Update*, Policy Brief January (II) 2010. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.

1. Sistemi zdravstva

Polazeći od kriterija koji se tiču organizacije, zakonskog uređenja, finansiranja, uslova i predviđenih prava, postoji uobičajena podela zdravstvenih sistema na zemlje sa nacionalnom zdravstvenom službom i sisteme obaveznog socijalnog osiguranja, koji su zastupljeni u većini država članica²⁴. U međuvremenu je došlo do približavanja oba modela tako da gotovo čitavo stanovništvo Unije ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu, što dovodi do rasta izdataka koji se pokrivaju iz budžeta, privatnog osiguranja i sopstvenog učešća korisnika, pri čemu su vidljive razlike koje se tiču obima i nivoa prava u pojedinim zemljama članicama.

U praksi se najčešće sreću rešenja kojima je predviđeno pokrivanje „osnovne zaštite“ sa jasno definisanim obimom prava koja se ostvaruju po osnovu osiguranja ili iz poreza, dok je za pokrivanje dodatnih troškova potrebno učešće pacijenata. Podizanje nivoa participacije i ograničenja koja se tiču korišćenja skupih usluga predstavljaju realnu opasnost (izveštaj Komisije i Saveta), za pacijente sa niskim zaradama koji ne mogu da plate visoke cene pregleda, lečenja i nege. U cilju prevazilaženja takvog stanja, najveći broj zemalja se odlučuje za poštovanje principa solidarnosti u okviru nacionalnih sistema, kako bi se obezbedila zaštita lica koja slabije zarađuju i sprečilo njihovo dalje siromašenje zbog pokrivanja troškova lečenja.

Bez obzira na razlike između zdravstvenih sistema, *opšti ciljevi nacionalnih zdravstvenih politika* mogli bi se (Barr, 1990) formulirati kao:

- obezbeđenje dostupnosti i ravnopravnosti korisnika (postojanje garantovanog minimuma zdravstvene zaštite unutar koga će biti obezbeđen siguran pristup zdravstvenim uslugama i jednak tretman za sve građane);
- materijalna sigurnost građana (pacijenti moraju biti zaštićeni od takvih plaćanja za zdravstvenu zaštitu koja bi znatnije ugrožavala njihove prihode,

²⁴ U tekstu je korišćena analiza: Wendt, C. Frisina L. and Rothgang, H. (2009), *Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison*,

odnosno njihovo učestvovanje u ceni medicinskih usluga moralo bi biti povezano sa njihovim platežnim mogućnostima);

- makroekonomska efikasnost (troškovi za zdravstvenu zaštitu trebalo bi da čine odgovarajući procenat društvenog proizvoda);
- mikroekonomska efikasnost (poboljšanja u zdravstvenom stanju stanovništva treba maksimizirati na nivo sredstava uloženi u zdravstvenu zaštitu u ustanovama i administrativnim jedinicama);
- sloboda korisnika (kao preduslov konkurentnosti, efikasnosti, kvaliteta i poštovanja osnovnih ljudskih prava);
- odgovarajuća autonomija davalaca usluga (sloboda lekara da rade na način za koji smatraju da će najbolje pomoći pacijentu).

Na tim osnovama većina država gradi svoje nacionalne politike, a navedeni ciljevi su zastupljeni u programima Evropske unije, Svetske zdravstvene organizacije i drugih međunarodnih institucija.

1.1. Tipologija

U novijoj stručnoj literaturi, klasifikacija zdravstvenih sistema vrši se na osnovu Esping-Andersenove podele socijalnih režima, tj. „tri idealna tipa“ države blagostanja (*socijal-demokratski, liberalni i korporativni model*). Konstatuje se (Wendt et al, 2009) da primenjene determinante koje Esping-Andersen koristi za razlikovanje između tipova, tj. modela – *dekomodifikacija, stratifikacija i interakcija između tržišta, države i porodice* – ne predstavljaju adekvatnu osnovu za razlikovanje ključnih karakteristika zdravstvenih sistema. Kada su u pitanju zdravstveni sistemi, pokazalo se da nije dovoljno samo uopšteno opisati model države blagostanja i da je umesto toga neophodno da se izvrši odvojena i posebna tipologija zdravstvenih sistema.

„Ono što posebno nedostaje u Esping-Andersenovom pristupu, kada je reč o sistemima zdravstvene zaštite, je zainteresovanost za socijalne i zdravstvene usluge (Alber 1995; Moran 2000; Bambra 2005; Wendt 2009). Dok su ostale oblasti države blagostanja, kao što su penzije i programi za nezaposlene, uglavnom koncentrisane na novčane transfere, tj. davanja, glavni zadatak zdravstvenih sistema je pružanje zdravstvenih usluga. Tako, stvaranje tipova zdravstvenih sistema u okviru idealnopske metode zahteva determinante drugačije od onih koje se uglavnom primenjuju na modele države blagostanja. Ovo važi i u slučaju raspoloživih podataka koji se koriste za analizu države blagostanja, koji, sa izuzetkom beneficija za slučaj bolesti, ne nude dovoljan uvid u kritične aspekte pružanja zdravstvene zaštite koji su sastavni deo veće zdravstvene zagonetke“ (Wendt et al, 2009: 73).

U nastojanju da nadoknadi nedostatke gotovo opšteprijatljive Esping-Andersonove klasifikacije, *Bambra* (2004, 2005) uvodi „zdravstvenu dekomodifikaciju“

koja se može uslovno definisati kao stepen do kog je pristup pojedinaca zdravstvenoj zaštiti uslovljen njihovom pozicijom na tržištu, kao i stepen do kog je državno obezbeđivanje zdravstvenih usluga nezavisno od tržišta. Ova klasifikacija se pre svega vrši na osnovu kriterija koji se tiču obima privatnog osiguranja, obima privatnih usluga i opšteg pristupa koji obezbeđuje državni sistem zdravstvene zaštite. Čini se da je oslanjanje na usluge nedovoljno za klasifikaciju zdravstvenih sistema, pa su otuda ranije tipologije korisne u izboru kriterija klasifikacije zdravstvene zaštite u zemljama Evropske unije i šire.

Field (1973) razlikuje četiri „idealna tipa“: pluralistički zdravstveni sistem, koji karakteriše visok stepen privatnog pružanja zdravstvenih usluga i skoro apsolutna autonomija lekarske profesije; sistem zdravstvenog osiguranja, uz visok udeo finansiranja od strane obveznika i veliku autonomiju lekara; sistem zdravstvenih usluga, gde je većina objekata u državnoj svojini u kombinaciji sa visokim stepenom profesionalne autonomije; i socijalizovani zdravstveni sistem, gde su svi objekti u vlasništvu i pod kontrolom države. Dok je *Fieldova* tipologija zasnovana na dve osnovne dimenzije (vlasništvo i autonomija lekara), *Teris* (1978) razlikuje modele javne pomoći, zdravstvenog osiguranja i nacionalnih zdravstvenih službi. Klasifikacija na osnovu organizacija zdravstvenih službi kod *Terisa* ima za posledicu to da su SAD svrstane u istu grupu kao i Austrija i Španija.

Frenk i Donadebian (1987) su izvršili klasifikaciju sistema na dva oblika državne intervencije: kontrola nad pružanjem zdravstvene zaštite (mereno kao procenat svih troškova zdravstvene zaštite koji su nastali u državnom vlasništvu) i podobnost stanovništva (državljanstvo, doprinosi i siromaštvo). Prva dimenzija ukazuje na odnos države i onih koji pružaju zdravstvene usluge, a druga, na odnos između države i potencijalnih korisnika. *Frenk i Donadebian* koriste svoju tipologiju pre svega za klasifikaciju različitih modaliteta državne intervencije koji mogu postojati u određenoj zemlji (što je posebno slučaj u SAD), ali ne i svih modela.

Studija OECD o Finansiranju i dostupnosti zdravstvene zaštite (1987) je predložila tri osnovna modela: model nacionalne zdravstvene službe sa univerzalnim obuhvatom – finansiranjem iz opštih poreza i javnim vlasništvom nad pružanjem zdravstvenih usluga; model obaveznog zdravstvenog osiguranja sa univerzalnim obuhvatom – finansiranje na osnovu doprinosa za obavezno socijalno osiguranje i pružanje zdravstvene zaštite u javnom ili privatnom sektoru, ili u oba; i model privatnog osiguranja/privatna praksa – obuhvat na osnovu privatnog osiguranja – finansiranje na osnovu privatnih doprinosa i pružanje usluga u privatnoj medicinskoj praksi.

Klasifikacije zdravstvenih sistema uglavnom se vrše na osnovu kriterija koji se tiču načina finansiranja i vlasništva. U novijim komparativnim studijama o zdravstvenim sistemima kao važan kriterij koristi se „profesionalna autonomija“ ili „osnov za sticanje prava“ i pitanje „obuhvatnosti“.

Tipologija zdravstvenih sistema

Istraživanje	Dimenzije	Tipovi zdravstvenih sistema
Fild (1973)	<ul style="list-style-type: none"> • Vlasništvo • autonomija lekara 	<ul style="list-style-type: none"> • Pluralistički zdravstveni sistem • Sistem zdravstvenog osiguranja • Sistem zdravstvenih usluga • Socijalizovani zdravstveni sistem
Teris (1978)	<ul style="list-style-type: none"> • Glavne organizacione jedinice 	<ul style="list-style-type: none"> • Javna pomoć • Zdravstveno osiguranje • Nacionalne zdravstvene usluge
Frenk i Donadebian (1987)	<ul style="list-style-type: none"> • Državna kontrola u oblasti pružanja medicinske zaštite • Osnova za sticanje prava 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 tipova zdravstvenih sistema npr. Nacionalne zdravstvene službe u socijalističkim zemljama, Nacionalno zdravstveno osiguranje u Nemačkoj ili Medicaid u SAD
OECD (1987)	<ul style="list-style-type: none"> • Obuhvatnost • Finansiranje • Vlasništvo 	<ul style="list-style-type: none"> • model nacionalne zdravstvene službe • model obaveznog zdravstvenog osiguranja • model privatnog zdravstvenog osiguranja
Blenk i Biro (2004)	Državna uloga u: <ul style="list-style-type: none"> • finansiranju • pružanju usluga • obuhvatu 	<ul style="list-style-type: none"> • Bizmarkov model • Beveridžov model • „država sa čvrstom kontrolom i komandom“ • „snabdevačka država“ • „korporativna država“ • „država sa slabom kontrolom i komandom“
Grupa autora (1999. i 2007.)	<ul style="list-style-type: none"> • glavne organizacione jedinice • „korišćenje“ • „usluge“ • „proizvodnja“ 	

Izvor: Wendt et al, 2009: 76.

„Koncepte koji se zasnivaju na različitim modelima regulacije i upravljanja su uveli Marmor i Okma (1998), koji su se fokusirali, pored finansiranja i pružanja usluga, i na 'administrativne dogovore' i 'finansijske uslove' (ili 'pristupna ograničenja'). S obzirom na 'administrativne dogovore', oni postavljaju pitanje na koji način vlade dele odgovornost sa ineresnim grupama i tržištem. To ukazuje da i u oblasti regulative razlika između državnih, nevladinih i tržišnih uticaja se smatra relevantnom. Drugi autori takođe naglašavaju značaj različitih formi upravljanja za izgradnju različitih vrsta zdravstvenog sistema. Riko i kolege su 2003. godine poredili zdravstvene sisteme s obzirom na značaj 'tržišta', 'hijerarhije' i 'saradnje', koji se razlikuju u načinu na koji se odnose prema dvema funkcijama upravljanja 'koordinaciji i 'kontroli'“ (Wendt et al, 2009: 77).

Móranov rad je jedan od retkih pokušaja koji sistematski kombinuje dimenzije finansiranja, pružanja usluga i upravljanja. Institucije regulišu korišćenje zdravstvene zaštite određujući uslove za pristup pacijenata zdravstvenoj zaštiti,

kao i mehanizme koji odlučuju o raspodeli sredstava za zdravstveni sistem. On konstruiše četiri grupe „državnog zdravstva“: „država sa čvrstom kontrolom i komandom“, „snabdevačka država“, „korporativna država“ i „država sa slabom kontrolom i komandom“. U „državi sa čvrstom kontrolom i komandom“ (Skandinavске zemlje i Velika Britanija), država je odlučujući faktor u sve tri oblasti upravljanja. U „korporativnoj zdravstvenoj državi“ (Nemačka) oblast korišćenja je regulisana javnim zakonima, a u oblasti ambulantnog pružanja zaštite dominiraju udruženja lekara. U „snabdevačkoj državi“ (SAD) dominiraju interesi onih koji pružaju usluge, i „država sa slabom kontrolom i komandom“ (Grčka, Portugalija) se razlikuje od ostalih zemalja koje imaju nacionalne zdravstvene usluge kroz formalno nacionalizovan bolnički sektor koji u praksi postoji zajedno sa ogromnim institucionalizovanim privatnim sektorom.

1.2. Determinante sistema

Pitanje finansiranja zdravstvenih sistema koristi se kao važan indikator u klasifikaciji koji u velikoj meri opredeljuje njegovo funkcionisanje u praksi. Uobičajena podela na Bizmarkov i Beveridžov model, podrazumeva finansiranje na osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja ili postojanje nacionalnih zdravstvenih službi za čije se funkcionisanje sredstva obezbeđuju iz poreza. Oporezivanje, doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje i privatni doprinosi predstavljaju tri načina finansiranja zdravstvenih sistema. Obavezno zdravstveno osiguranje se shvata „kao oblik društvenog finansiranja, koji se nalazi negde između državnog oporezivanja, na jednoj strani i doprinosa za privatno zdravstveno osiguranje, na drugoj strani“ (Wendt et al, 2009).

Kako država nema direktan pristup prihodima od obaveznog zdravstvenog osiguranja, postoji razlika između oporezivanja i ovog vida finansiranja. S obzirom da je obavezno zdravstveno osiguranje neprofitno orijentisano, i prava se ostvaruju ne samo na osnovu državljanstva, već i na osnovu specifičnih doprinosa, a sadrži i neke elemente ranije preraspodele, ono takođe ne spada u okvir privatnog sektora. To znači da oporezivanje, doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje i privatni izvori predstavljaju tri različita oblika finansiranja, na osnóvu kojih se može izvršiti klasifikacija zdravstvenih sistema.

Pružanje zdravstvenih usluga predstavlja značajnu dimenziju zdravstvenih sistema i važan indikator u komparativnom istraživanju. Postoji uobičajena podela na državne i privatne aktere u oblasti pružanja usluga i ova razlika se uglavnom pravi na osnovu kriterijuma vlasništva i profitne orijentacije. Državni (javni, neprofitni) i privatni (profitni i neprofitni) sektor se često prepliću u praksi, tako da je moguće lekare i samostalne radnike u ambulantnoj nezi označiti kao privatne, profitne aktere u oblasti pružanja usluga. Sa izuzetkom bolnica, postoje samo retki

primeri u kojima su državni službenici zaposleni u oblasti pružanja usluga ili je to samo mali procenat.

Učešće javnih izdataka u ukupnim rashodima za zdravlje (u %, 2008)

	Socijalno osiguranje	Država uopšte	Ukupno
Belgija*	61,1	11,4	72,5
Bugarska (2007)	38,2	20,0	58,2
Česka Republika	75,2	7,4	82,6
Danska (2007)	0,0	81,9	81,9
Nemačka	67,9	8,8	76,7
Estonija	64,8	13,0	77,8
Irska	0,6	76,3	76,9
Grčka (2007)	31,2	29,1	67,8
Španija	4,8	67,7	72,5
Francuska	72,5	5,2	77,7
Italija	0,1	77,1	77,2
Kipar	0,1	42,0	42,1
Latvija (2007)	0,0	60,7	60,7
Litvanija	59,2	13,4	72,6
Luksemburg (2006)	70,3	20,6	90,9
Mađarska	59,2	11,8	71,0
Holandija	76,5	5,5	82,1
Austrija	44,1	32,8	76,9
Poljska	60,3	11,9	72,2
Portugalija (2006)	0,8	70,7	71,5
Rumunija	68,6	13,4	82,0
Slovenija	67,5	4,7	72,2
Slovačka Republika	62,4	6,6	69,0
Finska	15,0	59,2	74,2
Švedska	0,0	81,9	81,9
Velika Britanija	0,0	82,6	82,6
EU	38,5	35,2	73,6

*Napomena: * udeo tekućih rashoda za zdravlje*

Izvor: OECD Health Data, 2010.

Kada su u pitanju bolnice, onda treba imati u vidu da pored državnih (preovlađuju u zemljama OECD) postoje i privatne profitne i privatne neprofitne ustanove. U Nemačkoj, na primer, uloga neprofitnih organizacija u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti je duboko povezana sa dobrotvornim organizacijama i ustanovama. U prošlosti su, takođe, postojale i ustanove koje su bile u nadležnosti agencija za socijalno osiguranje: kako u nemačkom sistemu zdravstvenog osiguranja (1883), tako i u britanskim programima socijalno-zdravstvenog osiguranja (1911), lekari

su delom bili zaposleni u agencijama zdravstvenog osiguranja. Danas, u Austriji pored dobrotvornih agencija, postoji i ograničen broj neprofitnih ustanova zdravstvenog osiguranja koje zajednički pružaju zdravstvene usluge. I pored toga u većini evropskih zemalja javni (državni) akteri dominiraju u oblasti bolničkog lečenja i nege, a privatni profitni akteri u oblasti ambulantne zaštite.

Odnosi između finansijskih agencija, pružaoca usluga i potencijalnih korisnika

<i>Između potencijalnih korisnika i finansijskih agencija:</i>
a) obuhvat: uključenost populacije ili dela populacije u sistem javne i/ili privatne zdravstvene zaštite
b) sistem finansiranja: finansiranje zdravstvene zaštite iz javnih ili privatnih izvora
<i>Između finansijskih agencija i pružaoca usluga:</i>
c) naknada pružaocima usluga: specifičan sistem naknade pružaocima usluga
d) pristup pružaoca usluga zdravstvenom tržištu: pristup finansijskim agencijama
<i>Između pružaoca usluga i potencijalnih korisnika:</i>
e) pristup pacijenata zdravstvenim uslugama
f) paket pomoći: sadržaj i obim usluga koje se nude pacijentima

Izvor: Wendt et al, 2009: 80.

Upravljanje i rukovođenje (kontrola) zdravstvenog sistema predstavlja temelj dizajniranja regulative od strane države, nevladinog sektora ili uticaja tržišta. U praksi zdravstveni sistemi mogu biti (Wendt et al, 2009) dominantno „državno-vođeni“, „korporativno-upravljani“ ili „tržišno-usmeravani“. Česti su primeri da društveni i privatni akteri zajedno sa državom učestvuju u usvajanju regulative. Što se tiče privatnog sistema zdravstvene zaštite, tržište se pojavljuje kao ključna snaga u preuzimanju nadležnosti u oblasti zdravstvene zaštite. Odnosi između finansijskih agencija, pružaoca usluga i potencijalnih korisnika (Frenk, Donadecian, 1987) mogu biti različito uređeni.

U odnosu između korisnika i finansijskih agencija, od posebne su važnosti: a) označeni korisnici i b) odgovarajući način finansiranja. Kada je reč o odnosu između finansijskih agencija i pružaoca usluga, posebno dolaze do izražaja: c) regulisanje sistema naknada i d) kontrola pristupa pružaoca usluga zdravstvenom tržištu. Na kraju, kada je reč o odnosu između pružaoca usluga i korisnika, od posebnog značaja su sledeća pitanja: e) kako funkcioniše pristup zdravstvenim uslugama i f) ko definiše spisak usluga. Regulativa zdravstvenog sistema je veoma kompleksna i njom se uređuje ne samo zakonodavni okvir, već i pitanje naknada, pristup pacijenata i prava na medicinsku pomoć i pružanje adekvatne zdravstvene zaštite i nege.

1.3. Klasifikacije i modeli

Polazeći od tipologije i osnovnih determinanti zdravstvenih sistema moguće je izvršiti klasifikaciju modela u evropskim zemljama, državama u razvoju i tranzicionim društvima. I pored različitog pristupa podeli, u osnovi savremenih klasifikacija postoji podela na „tri idealna tipa“ sa velikim brojem varijacija unutar njih. Polazeći od karaktera i načina finansiranja, organizacije zdravstvenih usluga i institucionalnog okvira (regulative) funkcionisanja zdravstvene zaštite, razlikujemo: „državne, društvene i privatne sisteme sa 27 različitih vrsta“ (Wendt et al, 2009).

Državne zdravstvene sisteme karakteriše nadležnost države u finansiranju, pružanju usluga i regulativi (kontroli) zdravstvene zaštite, dok je kod „društvenog modela“ to u nadležnosti društvenih aktera. Kod „privatnih zdravstvenih sistema“ navedene determinante zdravstvene zaštite su u nadležnosti privatnih aktera. U praksi se retko sreću „čisti modeli“ već se uglavnom radi o mešovitim rešenjima u kojima se identične karakteristike mogu naći u dve od tri dimenzije zdravstvene zaštite, čime se približavaju određenom „idealnom tipu“, u kom dominira posebna grupa aktera ili institucija.

„Ako se koncentrišemo na zdravstvene sisteme koji trenutno postoje u zemljama OECD-a, možemo gotovo u potpunosti da isključimo sve tipove koji su zasnovani na društvenom pružanju usluga. Čak i sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja koji se u principu uzima kao 'idealni tip', Nemačka je jedan od primera, prema klasifikacionoj šemi u tabeli 3 je označen kao 'društveno zasnovan mešoviti tip', sa pretežno privatnim zdravstvenim uslugama. S obzirom na ključnu ulogu države u oblasti regulacije, drugi sistemi obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao na primer Austrija, mogu biti svrstani u kategoriju 'čistih mešovitih tipova' sa pretežno državnim regulativom, finansiranjem na osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja i zdravstvenim uslugama koje pružaju uglavnom privatni akteri. Međutim, iako trenutno zemlje OECD-a ne predstavljaju primer zdravstvenog sistema pretežno zasnovanog na društvenom pružanju usluga, ovaj tip zdravstvenog sistema ne treba isključiti iz analitičkog razmatranja, s obzirom da postoje kako istorijski tako i globalni (zemlje u razvoju) primeri nevladinog, neprofitnog pružanja zdravstvenih usluga“ (Wendt et al, 2009: 81).

Teorijska klasifikacija sistema prema „idealnim tipovima“ i „mešovitim modelima“ podložna je promenama sa izmenom bilo koje dimenzije zdravstva koja se koristi kao osnov podele. Reforme zdravstva karakteriše prilagođavanje novim uslovima i prelazak sa jednog na drugi oblik finansiranja (sa državnog na privatno ili obrnuto). Radikalne promene se dešavaju ređe, pa se otuda reformski proces uglavnom odvija u vidu „internih transformacija“ zdravstvenih sistema. To može da znači da se pružanje usluga prenosi sa države na privatne aktere, ali zato finansiranje i uređenje sistema ostaju u nadležnosti države. Time je zdravstvena

zaštita promenjena u jednom delu njenog funkcionisanja, ali su druge dve dimenzije sistema ostale u vlasništvu države. Mešovita rešenja primenjuju se u manjoj meri i u zemljama u kojima dominira privatni sistem, i to pre svega u vidu promena kojima se obezbeđuje minimalni nivo zaštite siromašnom delu stanovništva preko javnih zdravstvenih ustanova.

Primeru unutrašnjih transformacija sistema ima dosta i oni su u mnogome promenili uobičajene klasifikacije nacionalnih modela. Danska je, na primer, prešla iz sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja u sistem nacionalne zdravstvene službe početkom 1970-ih (Vranbaek and Christiansen, 2005). Međutim, pošto je bivši sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja bio strogo kontrolisan od strane države, usluge su bile i još uvek se pružaju u javnim bolnicama, tako da nije reč o prelasku iz jednog u drugi idealni tip, već iz državnog mešovitog tipa u tip državnog zdravstvenog sistema. Britanska nacionalna zdravstvena služba je tradicionalno bila svrstavana u tip državnog zdravstvenog sistema, gde su dimenzije finansiranja, pružanja usluga i regulative u velikoj meri bile u rukama javnih institucija. I pored toga što je sistem zadržao svoje osnovne karakteristike, dogodile su se promene u sferi regulative, sa dominantnom ulogom države i sve značajnijom ulogom tržišta. „U zdravstvenoj zaštiti susrećemo se sa ogromnim paradoksom javnih politika koje pokušavaju da ojačaju tržišne snage: tržištima su neophodne države, a jakim tržištima jake države“ (Moran, 2000: 56).

U zemljama centralne i istočne Evrope, promene zdravstvenog sistema odvijale su se u okviru transformacije državnog modela u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja (Österle, 2007). Jačanje uloge fondova osiguranja i prikupljanje neophodnih sredstava za finansiranje prava i pružanje usluga, prati niz problema u organizaciji službi i obezbeđenju adekvatnog nivoa zaštite.

Zdravstveni sistem SAD se često uzima kao idealni tip privatnog zdravstvenog osiguranja. Međutim, danas se uglavnom finansira iz javnih fondova, pošto je to teško nadoknaditi samo na osnovu doprinosa. Prema tome, SAD su prošle kroz unutrašnju promenu sistema i danas se mogu svrstati u privatno-mešoviti tip (Moran, 2000).

2. Zdravstveno stanje stanovništva

Obezbeđenje od rizika povrede i sprečenosti za rad usled bolesti, predstavlja jedan od najstarijih zakonom uređenih vidova osiguranja u zemljama Evropske unije. U međuvremenu su razvijeni raznoliki modeli zdravstvenih sistema (zdravstvene zaštite i osiguranja) koji počivaju na nacionalnoj tradiciji i iskustvu, pa je otuda teško govoriti o postojanju jedinstvenog „evropskog modela“. Suočene sa sve većim izazovima (rast potreba i očekivanja), ograničenim mogućnostima (porast učešća izdataka za zdravstvo u BNP) i potrebom obezbeđenja prihvatljivog nivoa zdravstvene zaštite celokupnog stanovništva, zemlje EU pristupile su reformisanju sistema, u skladu sa zdravstvenom politikom, nacionalnim strategijama i preporukama (Evropske komisije, Saveta).

Sisteme zdravstvene zaštite u evropskim državama karakterišu razlike u uređenju pitanja finansiranja, pružanja zdravstvenih usluga i regulisanje, odnosno kontrola zdravstvenog sistema. Finansiranje zdravstvenih usluga u zemljama Evropske unije vrši se kroz oporezivanje, doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje i privatna sredstva. Pružanje zdravstvene zaštite obezbeđuje se u državnim ustanovama, društvenim objektima ili privatnim ustanovama i ovi akteri regulišu osnovna pitanja uređenja nacionalnih zdravstvenih sistema. Sve zajedno, finansiranje, pružanje usluga i regulisanje/kontrola zdravstvene zaštite, predstavljaju ključne dimenzije u okviru kojih različiti akteri mogu imati brojne uloge i nivo angažovanja. Međutim, u zdravstvenim sistemima u praksi, elementi državnog, društvenog i privatnog postoje zajedno u sve tri dimenzije i zato treba uzeti u obzir mešanje u okviru kategorija, naročito kada se analiziraju promene tokom vremena.

2.1. Indikatori zdravstvenog stanja

Posmatrano prema pokazateljima zdravstvenog stanja stanovništva²⁵ na prostoru država članica Unije, stanje zdravlja njenih građana poslednjih decenija u velikoj meri je poboljšano. Ispitivanja su pokazala (Eurobarometer-Umfrage) da zdravlje i kvalitet zdravstvene zaštite imaju visok prioritet kod građana i da na razlike između pojedinih zemalja utiču socijalno-ekonomski, obrazovni i ekološki uslovi, kao i način života. I pored toga, zdravstvene politike država članica nalaze se pred izazovima koji se tiču funkcionisanja važećih zdravstvenih sistema,

²⁵ U analizi su korišćeni podaci studije OECD *Health at a Glance: Europe 2010*.

kreiranja promena i strategije budućih reformi. Pritom su od posebne važnosti mere „konstantne brige“ zbog rasta troškova i potrebe njihove optimalizacije, kao posledice strukturnih promena nastalih starenjem stanovništva i primenom nove tehnologije u zdravstvu. Sa druge strane, postoji potreba sagledavanja međusobnih uticaja (sinergije efekata) zdravstvene, ekonomske, socijalne i ekološke politike, koje utiču na stanje zdravlja stanovnika Unije.

Očekivano trajanje života pri rođenju značajno raste u svim zemljama članicama Unije, što se odražava na smanjenje stope smrtnosti u svim starosnim grupama. Takvo stanje rezultat je podizanja nivoa životnog standarda, promena životnih stilova, bolje edukacije i razvoja zdravstvenih službi. Prosečan životni vek u EU27 u periodu 2005–2007. godine iznosio je 80,8 godina za žene i 74,3 za muškarce. U najvećem broju (oko 70%) država članica očekivane godine života na rođenju kod žena su oko 80 godina, a kod muškaraca 77 godina. Francuska prednjači među članicama sa 84,4 godina kod žena, a Švedska kod očekivanih godina života kod muškaraca (78,8). Na poslednjem mestu je Rumunija sa 76,2 godina za žene i Litvanija sa svega 65,1 godina za muškarce. Razlike među zemljama članicama EU27 sa najvišim i najnižim očekivanim godinama života na rođenju su oko 8 godina za žene i 14 godina kod muškaraca (OECD, 2010: 26).

U zemljama EU prosečne godine zdravog života (HLY)²⁶ za rođene 2005. do 2007. godine su 61,3 (Ž) i 60,1 godina (M), a najpovoljnije je stanje na Malti (70 i 69,3 godina). Očekivane godine zdravog života za muškarce su najkraće u Estoniji (49,0), a za žene u Latviji (52,3). Razlike između očekivanih godina života na rođenju i zdravih godina života u EU članicama je 17,0 godina kod žena i 19,5 godina kod muškaraca. Razlike među polovima u pogledu HLY za rođene u periodu 2005–2007. godine je 1,2 godine. U zemljama sa višim nivoom nacionalnog dohotka očekivane godine života su više, ali to ne važi i za godine zdravog života.

Promene u očekivanim godinama života posebno su vidljive u delu populacije sa 65 godina, što se tumači kao rezultat napretka medicine, kvalitetnije zaštite i nege i promena životnih stilova. Na nivou Unije, za one koji su u periodu 2005–2007. godine imali 65 godina, očekivane godine života su bile još 15,9 (M) i 19,5 godina. Francuska prednjači u tom pogledu među 27 država članica Unije, gde su procenjene godine za one sa 65 godina 22,6 godina za žene i 18,1 za muškarce. Očekivane godine života za stare sa 65 godina su najniže u istočno evropskim zemljama – u Latviji za muškarce (12,7) i Bugarskoj za žene (16,3). Najveće razlike među polovima su u Estoniji (5,1 godina), a najmanje u Grčkoj (2 godine). Promene starosne strukture i produženje prosečnog životnog veka dovodi do promena u zdravstvenom sistemu i zahteva veća ulaganja u dugotrajnu negu.

²⁶ Prosečne godine zdravog života (Healthy life years – HLY) označavaju godine u određenoj starosnoj dobi u kojima ne postoje ograničenja u aktivnostima.

Način zbrinjavanja starih veoma često zavisi od razvijenosti socijalnih službi i institucija za negu, pa je otuda u zemljama u kojima postoji široka mreža javnih i privatnih organizacija, manji broj starih koji koriste bolnice.

Očekivane godine trajanja života (LE) i zdravih godina života (HLY) po rođenju, prema polu (2005–2007)

	Žene		Muškarci	
	LE	HLY	LE	HLY
Belgija	82,2	62,8	76,6	62,6
Bugarska	76,4	62,4	69,2	69,2
Česka Republika	79,8	60,9	76,1	67,9
Danska	80,6	67,6	76,1	67,9
Nemačka	82,3	57,1	77,1	57,4
Estonija	78,5	53,5	67,3	49,0
Irska	82,0	64,8	77,4	63,0
Grčka	81,8	67,4	77,0	65,9
Španija	84,1	63,1	77,5	64,4
Francuska	84,4	64,2	77,2	62,6
Italija	84,0	64,5	79,5	69,3
Kipar	81,9	61,2	77,8	62,2
Latvija	76,4	53,0	65,5	50,6
Litvanija	77,2	56,1	65,1	52,3
Luksemburg	82,1	62,8	76,7	61,8
Mađarska	77,6	56,2	69,1	53,7
Malta	81,7	70,0	77,2	68,5
Holandija	82,1	63,4	77,7	65,2
Austrija	82,7	60,5	77,1	58,2
Poljska	79,6	63,5	70,9	58,8
Portugalija	82,0	57,2	75,5	58,8
Rumunija	76,2	62,4	69,2	60,4
Slovenija	81,6	61,1	74,3	57,5
Slovačka Republika	78,3	55,6	70,4	54,9
Finska	82,9	54,4	75,8	53,8
Švedska	83,0	65,6	78,8	66,2
Velika Britanija	81,4	65,4	77,3	64,4
EU	80,8	61,3	74,3	60,1

Izvor: European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS): OECD Health Data, 2010. Eurostat Statistics Database.

Stopa mortaliteta predstavlja značajan indikator zdravstvenog stanja stanovništva i ona je u zemljama EU veoma različita. Među evropskim državama najnižu stopu smrtnosti imaju Švajcarska, Italija, Island i Španija, sa 520 mrtvih na 100

000 stanovnika ili manje (OECD, 2010). Zemlje centralne i istočne Evrope imaju najvišu stopu mortaliteta i u tome prednjače Litvanija i Letonija sa standardnom stopom od preko 1000, što je ujedno daleko iznad proseka EU27 od 696 mrtvih na 100 000 stanovnika. I u drugim zemljama u tranziciji stanje je nepovoljno i kreće se preko stope od 900 (Mađarska, Rumunija, Bugarska). Među novim članicama izuzetak je Slovenija u kojoj je stopa mortaliteta ispod proseka EU.

Stope mortaliteta* svih uzroka smrtnosti (2008)

	Ukupno	Žene	Muškarci
Bugarska	995,7	766,4	1279,3
Česka Republika	747,1	577,3	967,8
Danska	682,6	567,0	828,1
Nemačka	586,8	439,3	771,2
Estonija	893,8	613,2	1323,9
Irska	568,3	470,3	684,6
Grčka	595,7	496,3	706,0
Španija	520,1	387,4	681,5
Francuska	521,8	381,4	701,6
Italija	511,6	401,1	657,5
Kipar	549,2	445,7	683,2
Latvija	1006,9	707,1	1467,3
Litvanija	1033,8	711,7	1503,8
Luksemburg	603,0	487,1	769,3
Mađarska	926,1	685,6	1258,3
Malta	589,6	479,3	734,7
Holandija	566,0	474,5	688,0
Austrija	557,2	440,3	710,0
Poljska	819,0	588,9	1125,3
Portugalija	623,8	477,9	807,9
Rumunija	963,9	739,9	1237,3
Slovenija	633,5	472,2	848,6
Slovačka Republika	887,8	656,7	1203,5
Finska	586,8	439,3	771,2
Švedska	541,3	451,2	652,4
Velika Britanija	598,7	503,7	713,7
EU	696,4	534,4	911,7

Napomena: * starosna standardna stopa na 100 000 stanovnika
Izvor: OECD Health Data, 2010.

Posmatrano prema polu, najmanja stopa smrtnosti muškaraca među evropskim državama je u Irskoj, Švajcarskoj i Švedskoj, a najviša u Litvaniji, Latviji i Estoniji. Kod žena, najnižu stopu imaju Francuska, Španija i Švajcarska, a najvišu

Bugarska, Rumunija i Litvanija. Razlike između stope mortaliteta prema polu su veoma izražene u zemljama EU, i na nivou Unije je smrtnost muškaraca gotovo 70% veća od žena u 2008. godini. U Estoniji, Litvaniji i Latviji, stopa mortaliteta muškaraca je dvostruko veća od one kod žena, dok je u Velikoj Britaniji i Grčkoj veća za oko 40%. I pored nepovoljnog stanja u istočno-evropskim državama, stanje se poboljšalo u periodu od 1994. godine. Stopa mortaliteta u Estoniji, Sloveniji, Češkoj, Mađarskoj i Poljskoj opala je za više od 30%. U Irskoj je promena još izraženija jer je stopa mortaliteta prepolovljena u tom periodu, dok je u Slovačkoj i Litvaniji napredak bio znatno manji.

Ocena zdravstvenog stanja stanovništva meri se na osnovu definisanih indikatora, ali veliki broj evropskih država uključuje i „samo-procenu“ najčešće na osnovu pitanja: „Kakvo je vaše zdravlje u celini?“ I pored ograničenja koja se tiču socio-kulturnih faktora, većina Evropljana ocenjuje svoje zdravlje kao „dobro“ ili „vrlo dobro“. U Švajcarskoj, Irskoj i Velikoj Britaniji, osam od deset ljudi izjavljuje da im je zdravlje dobro ili vrlo dobro. U državama EU dve trećine (67%) odraslih ocenjuje svoje zdravlje kao dobro ili bolje, a stanje u Nemačkoj, Finskoj i Francuskoj je na sličnom nivou. Odrasli u novim članicama EU ocenjuju svoje stanje kao lošije, dok u Latviji, Litvaniji i Portugaliji oko polovine odraslih smatra svoje stanje zdravlja dobrim (Baert and de Norre, 2009).

Muškarci svoje zdravlje češće ocenjuju kao dobro i bolje, nego žene, ali samoprocena zavisi i od godina života i drugih faktora. U većini slučajeva lica do 45 godina smatraju da su dobrog zdravlja, a stariji od 65 godina se više žale na probleme. Nezaposleni i neaktivni ocenjuju češće svoje zdravlje kao loše, dok oni sa nižim nivoom obrazovanja i niskim prihodima imaju nižu stopu samoprocene zdravlja od lica sa visokim obrazovanjem. Dugotrajne bolesti i zdravstveni problemi muče tri od deset odraslih u EU državama, i to je prisutnije kod žena (32%) nego kod muškaraca (27%). Hronična oboljenja opterećuju 10% mladih od 15–24 godina i 70% starih sa 80 i više godina.

Na pitanje koliko ih zdravstveni problemi i dugotrajna bolest ograničavaju u svojim aktivnostima, 24% je odgovorilo sa da, 8% sa „jako ograničava“ i 15% do određene mere (Baert and de Norre, 2009). Na ograničenja se najčešće žale odrasli u Slovačkoj, Nemačkoj, Latviji, Estoniji i Portugaliji (30% i više ispitanika), a najmanje u Švajcarskoj, Malti i Islandu (manje od 15%). Teška ograničenja aktivnosti zbog zdravstvenih problema su češća u Portugaliji, Slovačkoj, Austriji i Nemačkoj (10% i više ispitanika), a znatno manje u Bugarskoj, Malti i Švajcarskoj (manje od 5% ispitanika).

2.2. Vodeći uzroci smrtnosti

U strukturi *uzroka smrtnosti* preovlađuju bolesti krvotoka (40% svih slučajeva), rak (četvrtina uzroka smrti), oboljenja disajnih organa, problemi sa organima za varenje i spoljni uzroci vezani za povrede i trovanja, uključujući i saobraćajne nesreće. Svaki peti slučaj smrti uzrokovan je nekom bolešću, pri čemu su vidljive razlike prema polu i godinama života. Smrtnost odojčadi u prvim godinama života u svim zemljama je poslednjih decenija smanjena i ona je danas na prostoru Unije među najnižima u svetu. Osnovni uzroci morbiditeta su neurološka oboljenja (Alchajmer, demencija), povrede, srčana oboljenja, oboljenja muskulature i rak (EUROSTAT – Kurzfassung, 2003), dok psihička oboljenja postaju sve značajnija. Stanje zdravlja i smrtnost u neposrednoj su vezi sa ekonomskim napretkom, razvijenošću službi, kvalitetom ishrane, životnom sredinom, kao i socio-ekonomskim statusom pojedinca. U siromašnim zemljama vidljiva je direktna povezanost između viših prihoda i boljeg zdravlja, odnosno siromaštva i veće smrtnosti; dok je u razvijenijim državama to teže prepoznati, što ne znači da ne utiču na individualno stanje zdravlja i zdravstveno stanje čitave populacije.

Smanjenje smrtnosti, promena strukture bolesti i opšte poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva, rezultat su sve značajnijeg napretka na polju prevencije, primene novih medikamenata i instrumenata u postupku lečenja. Primena novih tehnika u hirurgiji smanjuje bolove pacijenata i obezbeđuje uspešne postupke kod pacijenata kod kojih se ranije nisu mogle vršiti operacije. U većini industrijski razvijenih zemalja zdravstveno osiguranje (bez obzira na to da li se radi o državnom ili privatnom) obezbeđuje ne samo finansijsku sigurnost u slučaju bolesti, već pokriva i primenu modernih postupaka lečenja i prevencije. U 2001. godini u preko dve trećine OECD (30) zemalja deca su gotovo potpuno bila obuhvaćena zaštitom od infektivnih bolesti (90% vakcinacijom), a samo deceniju ranije takvo stanje je bilo u trećini zemalja članica. Kao rezultat toga ljudi duže i zdravije žive, što ima svoju cenu sa stanovišta rasta izdataka koji se u proseku OECD država kreće preko 8% BNP, što u poređenju sa stanjem iz 1970. godine predstavlja rast za 3%. Značajan deo povećanja troškova pripisuje se napretku u medicini i primeni nove tehnologije, zbog čega su porasla i očekivanja stanovništva, a posebno lica obolelih od ranije neizlečivih bolesti.

Vodeći *uzroci smrtnosti* u EU27 u 2008. godini bili su kardiovaskularna oboljenja i kancer, ali u ukupnom broju umrlih, značajan broj čine lica nastradala u saobraćaju i oni koji su izvršili samoubistvo. Kardiovaskularna oboljenja čine 40% svih uzroka smrtnosti u evropskim državama u 2008. godini, a ishemijske bolesti srca (ischemic heart disease IHD) i cerebralno-vaskularna oboljenja preovlađuju. Među članicama EU, stope mortaliteta od IHD su različite, i u 2008. godini bile su najviše u zemljama centralne i istočne Evrope. U Finskoj, Malti i Irskoj stopa je relativno visoka i nekoliko puta je veća od one zabeležene u Francuskoj, Portugaliji, Holandiji

i Španiji. Najniža stopa mortaliteta od ishemijskih bolesti srca je u Holandiji, a zatim u zemljama na jugu: Francuskoj, Portugaliji, Španiji, Italiji i Grčkoj.

Ishemijska bolest srca, stope mortaliteta(2008)*

	Žene	Muškarci
Bugarska	87,6	174,1
Česka Republika	137,4	227,5
Danska	51,7	97,9
Nemačka	61,8	117,4
Estonija	162,9	330,3
Irska	67,9	143,0
Grčka	41,3	96,3
Španija	29,5	69,3
Francuska	20,9	54,6
Italija	44,1	85,6
Kipar	44,2	106,8
Latvija	183,9	397,3
Litvanija	240,3	448,7
Luksemburg	44,7	91,2
Mađarska	166,4	288,7
Malta	85,3	161,6
Holandija	31,0	67,7
Austrija	73,0	130,8
Poljska	69,2	147,3
Portugalija	31,7	60,5
Rumunija	151,0	248,0
Slovenija	41,7	102,3
Slovačka Republika	224,4	361,2
Finska	87,9	182,5
Švedska	63,7	129,5
Velika Britanija	61,3	132,1
EU	88,7	171,2

*Napomena:** standardne starosne grupe na 100 000 stanovnika
Izvor: OECD, 2010.

Moždani udar je takođe značajan uzrok smrtnosti u evropskim državama sa stopom od 10% u 2008. godini. Kao i kod ostalih parametara, postoje značajne razlike među zemljama članicama, a najnepovoljnije stanje je u „novim članicama“ (Bugarskoj, Rumuniji, Litvaniji, Latviji, Slovačkoj i Mađarskoj). Najniža stopa smrtnosti usled moždanog udara u 2008. godini zabeležena je u Francuskoj i Holandiji. U poređenju sa stanjem iz 1999. godine, zabeležen je pozitivan trend u svim zemljama EU27. U Italiji, Estoniji, Portugaliji, Austriji, Nemačkoj i Češkoj, stopa smrtnosti

od moždanog udara je prepolovljena, i to pre svega zahvaljujući uticaju na faktore rizika. Pušenje i visok krvni pritisak najčešće dovode do moždanog udara. Napredak u lečenju moždanog udara doveo je takođe do smanjenja stope smrtnosti.

Kancer je na drugom mestu na listi uzroka smrtnosti u evropskim državama (posle bolesti kardiovaskularnog sistema) sa stopom od 26% svih uzroka u 2008. godini. Najniža stopa od ove vrste bolesti je na Kipru, Finskoj i Švedskoj, ispod 150 umrlih na 100 000 stanovnika. Kao i u drugim slučajevima, najnepovoljnije stanje je u istočno-evropskim državama, kao što su Mađarska, Poljska, Češka i Slovenija, kojima se pridružuju i Danska sa oko 200 mrtvih na 100 000 stanovnika. Od raka više umiru muškarci od žena, i u tom pogledu najizraženije su razlike u Latviji, Španiji, Estoniji, Francuskoj, Litvaniji i Portugaliji, gde je stopa smrtnosti od kancera kod muškaraca dvostruko veća nego kod žena. Rak pluća je najčešći kod muškaraca, a kod žena je to rak dojke od koga se najviše umire u Irskoj i Danskoj, a najmanja smrtnost je u Španiji, Finskoj i Portugaliji (OECD, 2010: 34).

Procenjuje se da u svetu pogine 1,2 miliona ljudi godišnje u prevozu, uglavnom zbog saobraćajnih nesreća, a čak 50 miliona je povređeno ili onesposobljeno (WHO, 2009). U EU oko 48 000 ljudi je umrlo zbog posledica povreda u saobraćaju, a u Italiji, Poljskoj, Francuskoj i Nemačkoj bilo je oko 6 000 smrtnih slučajeva u 2008. godini. U saobraćaju strada veliki broj mladih i dece, a najčešći uzroci kod mladih su vožnja motora i motocikla koji su veoma popularni. Najveća stopa smrtnosti u prevozu u 2008. godini bila je u Litvaniji, Rumuniji i Latviji, od 15 mrtvih na 100 000 stanovnika, a najmanja stopa zabeležena je u Malti, Holandiji i Švedskoj (pet i manje). U saobraćaju strada više muškaraca od žena u svim zemljama članicama EU. Prema predviđanju Svetske banke, u periodu od 2000. do 2020. godine, smrtnost u saobraćaju u visoko razvijenim zemljama će porasti za 30%.

Samoubistva su takođe značajan uzrok smrtnosti u zemljama Evropske unije, a uzroci suicida se najčešće dovode u vezu sa čitavim nizom faktora (alkoholizam i droga, nezaposlenost, depresija ili drugi oblici mentalnih poremećaja). Stope samoubistva su niže u južnim zemljama, kao što su Grčka, Kipar, Italija, Malta, Španija i Portugalija (8 mrtvih na 100 000 stanovnika). Veliki broj samoubistva ima u baltičkim državama i zemljama srednje i istočne Evrope, u Litvaniji, Mađarskoj i Latviji, kao i u Finskoj sa više od 18 samoubistava na 100 000 stanovnika. Broj samoubistava među muškarcima je trostruko veći nego kod žena na nivou Unije kao celine, a najčešći je kod mladih sa manje od 25 godina i starih. U poređenju sa stanjem u 1994. godini, stopa suicida je smanjenja za 40% i više u Estoniji, Latviji i Sloveniji, dok je u Malti i Portugaliji porasla (OECD, 2010: 38). Uzroci samoubistva su najčešće psiho-socijalni problemi, mentalni poremećaji ili korišćenje alkohola i drugih psiho-aktivnih supstanci. U značajnom broju evropskih država postoje posebni preventivni programi i strategije čiji je cilj očuvanje mentalnog zdravlja i smanjenje samoubistva.

Smrtnost odojčadi (do jedne godine života) pokazatelj je uticaja socio-ekonomskih uslova, zdravstvenog stanja majke i novorođenčadi, kao i kvaliteta

zdravstvene zaštite i službi prevencije. U 2008. godini, stopa smrtnosti odojčadi u zemljama EU bila je do tri umrla deteta na 1 000 živorođenih u Luksemburgu, Sloveniji i nordijskim zemljama (sa izuzetkom Danske), Grčkoj i Češkoj. U isto vreme u Rumuniji je stopa smrtnosti bila 11, a u Latviji, Bugarskoj i Malti do 6, a na nivou Unije oko 5 umrlih novorođenčadi na 1 000 živorođenih. U svim evropskim državama zabeležen je pozitivan trend na ovom polju u periodu od 1970. godine, kada je bilo 25 umrlih na 1 000 živorođenih, što odgovara smanjenju od gotovo 80%. U Portugaliji (OECD, 2010: 40) godišnji pad stope smrtnosti novorođenčadi bio je više od 7%, tako da je ova zemlja prešla iz kruga država sa visokom smrtnošću dece u red zemalja sa niskim mortalitetom. Dugotrajni pad smrtnosti beba zabeležen je takođe u Luksemburgu, Sloveniji i Grčkoj, dok je u Latviji, Malti, Bugarskoj i Holandiji taj trend bio nešto sporiji. Mnoge studije ukazuju na neposrednu uslovljenost izdvajanja za zdravstvo sa smrtnošću odojčadi i da više sredstava ne znači automatsko poboljšanje stanja.

2.3. Faktori rizika

I pored evidentnog napretka na polju poboljšanja zdravstvenog stanja stanovništva i smanjenja stope smrtnosti u zemljama EU, postoji značajan broj rizika koji utiču na zdravlje (pušenje, alkohol, nedovoljna aktivnost, siromaštvo, loši uslovi stanovanja). U nastojanju da prevaziđu probleme, naglasak je na merama prevencije i zaštiti rizičnih grupa i popularisanju zdravih stilova života.

Pušenje i alkoholizam predstavljaju ozbiljan problem kod mladih i odraslih, sa značajnim posledicama po zdravlje stanovnika evropskih država. Mladi koji počinju sa pušenjem u ranim godinama adolescencije izlažu se riziku od kardiovaskularnih oboljenja, respiratornih bolesti i kancera. Pušači takođe konzumiraju alkohol ili drogu, što doprinosi ranom pogoršanju zdravlja i pojavi ozbiljnih oboljenja. Istraživanja kod školske dece²⁷ su pokazala da devojčice više puše od dečaka, ali manje piju između 13 i 15 godina. Dečaci i devojčice u Bugarskoj, Latviji, Estoniji, Litvaniji, Češkoj, Mađarskoj, Austriji, Finskoj i Italiji češće puše, sa nedeljnom stopom od 20% i više; nešto niža stopa (15% i manje) je u nordijskim državama.

Alkoholizam je značajan problem mladih, i to pre svega u Danskoj, Litvaniji, Velikoj Britaniji, Finskoj, Bugarskoj i Estoniji (40%), a neznatno manje u mediteranskim državama – Malti, Grčkoj, Portugaliji i Italiji (do 38%). Dečaci uglavnom više piju od devojaka, ali je ta razlika u Norveškoj, Španiji i Velikoj Britaniji (OECD, 2010) mala.

Kod odraslih, pušenje je značajan rizik po zdravlje, a procenjuje se da oko 6 miliona ljudi godišnje u svetu umre od posledica pušenja (Shafey et al, 2009). U

evropskim zemljama postoje značajne razlike u proporcijama pušenja odraslih i najmanje stope su u Švedskoj, Sloveniji i Portugaliji u kojima dnevno puši 20% populacije odraslih (2008). U poređenju sa stanjem u 1995. godine zapažen je trend opadanja i to od 5% na nivou EU, a među državama najveće promene su u Luksemburgu (od 33% na 20%) i Danskoj (36% na 23%). Najviša stopa pušenja kod odraslih u 2008. godini zabeležena je u Grčkoj (40%), Bugarskoj i Irskoj u kojima dnevno puši do 30% lica sa 15 i više godina. Pozitivne promene dovode se u vezu sa javnim kampanjama protiv pušenja i državnim politikama usmerenim na poboljšanje zdravlja mladih i rizičnih grupa stanovništva.

Stope pušenja* odraslih (2008)

	Ukupno	Žene	Muškarci
Belgija	20	16	24
Bugarska	29,1	18,8	40,2
Česka Republika	24,3	19,4	29,6
Danska	23	22	24
Nemačka	23,2	18,8	30,3
Estonija	26,2	17,1	38,6
Irska	29	27	31
Grčka	39,7	33,5	46,3
Španija	26,4	21,5	31,6
Francuska	26,2	22,3	30,6
Italija	22,4	16,4	28,9
Kipar	24,7	13,7	36,1
Latvija	27,9	13	45,9
Litvanija	26,5	14,5	43,4
Luksemburg	20	18	23
Mađarska	25,9	21,3	31,1
Malta	20,4	15,8	25,6
Holandija	28	25	32
Austrija	23,2	19,4	27,3
Poljska	26,3	19,3	33,9
Portugalija	19,6	11,2	28,7
Rumunija	20,2	9	32,1
Slovenija	18,9	15,5	22,4
Slovačka Republika	25	22,5	25,5
Finska	20,4	17,6	24
Švedska	14,5	16,7	12,3
Velika Britanija	22	21	22
EU	24,2	18,8	30,3

* % populacije sa 15 i više godina
Izvor: OECD Health Data 2010.

²⁷ Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

Posmatrano prema polu, muškarci (30,3%) više puše od žena (18,8%) u EU, sa izuzetkom Švedske. Stopa pušenja kod žena je najviše pala u Belgiji, Latviji i Irskoj, ali je u Litvaniji, Portugaliji, Grčkoj, Bugarskoj, Francuskoj, Nemačkoj i Austriji, zabeležen suprotan trend. Najveće razlike u stopi pušenja između muškaraca i žena u 2008. godini bile su u Latviji, Litvaniji, Estoniji i Rumuniji (OECD, 2010: 58). Istraživanja pokazuju neposrednu vezu između pušenja i kancera pluća i veliku smrtnost u zemljama u kojima najveći broj odraslih puši.

Alkoholizam kod odraslih je takođe značajan rizik po zdravlje u većini evropskih država i dovodi se u vezu sa oboljenjima kardiovaskularnog sistema, hroničnim bolestima i kancerom. Konzumiranje alkohola u trudnoći uzrokuje određene deformacije kod novorođenčadi, a zapažen je negativan efekat na intelektualni razvoj i mentalno zdravlje ljudi (WHO, 2004). U zemljama EU prosečno se popije 10,8 litara godišnje po odraslom licu (16 i više godina) i u tome prednjači Luksemburg (15,5), a zatim slede Estonija (14,0), Mađarska i Francuska (12,6) u 2008. godini. U najvećem broju država, godišnje se popije od 12 do 10 litara po odraslom, a najmanje na Malti (5,3) i nekim nordijskim državama (oko 8 litara). U poslednje tri dekade, došlo od pada u konzumiranju alkohola i u državama u kojima se tradicionalno pije pivo ili vino. U 2010. godini Svetska zdravstvena organizacija je usvojila strategiju u borbi protiv alkoholizma.

Preterana gojaznost identifikovana je kao značajan indikator zdravstvenog stanja i uzročnik oboljenja, kao što su visok krvni pritisak, visok holesterol, dijabetes, kardiovaskularna oboljenja, respiratorni problemi (astma), muskularna oboljenja (artritis) u neke vrste kancera (OECD, 2010). Više od 50% evropske populacije ima višak kilograma, a među zemljama EU u 15 od 27 država. Najmanje odraslih sa prevelikom težinom imaju u Rumuniji (7,9%), Italiji (9,9%) i Švedskoj (11,1), a rekordna stopa u 2008. godini zabeležena je u Velikoj Britaniji, Irskoj i Malti (preko 20% odraslih). Na nivou Unije (27) stopa je 15,5% (OECD, 2010: 72). U većini država postoje razlike u pogledu pola, starosti, rase, nivoa obrazovanja, a u nekim zemljama (Austrija, Engleska, Francuska, Italija i Španija) zabeležen je trend porasta težine kod žena iz određenih socio-ekonomskih grupa. Kako preterana težina dovodi do određenih bolesti to se odražava na rast izdataka za zdravstvo i na druge troškove.

Fizička aktivnost posebno u godinama adolescencije u znatnoj meri određuje zdravstveno stanje u kasnijim godinama života. U većini zemalja EU među mladima od 11 do 15 godina zabeležen je pad dnevne aktivnosti (2005–2006) svake nedelje, a prosek za Evropu je 15,7% (15 godina), odnosno 25,5% (11 godina). Najbolji rezultati su u Slovačkoj, Irskoj i Finskoj, a najmanje mladih je fizički aktivno u Luksemburgu, Italiji, Francuskoj i Grčkoj.

Zdravstveni sistemi u koordinaciji sa ostalim ekonomsko-socijalnim indikatorima doprinose očuvanju zdravlja, privrednom napretku i povećanju zaposlenosti. U strukturi ukupnog broja zaposlenih u zemljama članicama Evropske unije (27), zaposleni u zdravstvu i socijalnim službama čine u proseku 10% (2009), pri čemu treba imati u vidu izrazitu dinamičnost oba sektora i njihov uticaj na otvaranje novih radnih mesta u budućnosti.²⁸ I pored specifičnosti nacionalnih sistema u pogledu organizacije, zakonskog uređenja, finansiranja i predviđenih prava, uočljivo je postojanje jedinstvenih ciljeva i zajedničkih izazova evropske i zdravstvene politike industrijski razvijenih zemalja.

U periodu od 2000. do 2009. godine ukupan broj zaposlenih u EU porastao je za 7,9%, odnosno za 15,5 miliona novih radnih mesta. Taj rast je bio različit po sektorima ekonomije, a 4,2 miliona je novozaposlenih u zdravstvu i socijalnim službama. Posmatrano na nivou Unije, stopa zaposlenosti u socijalnoj i zdravstvenoj sferi kretala se od 8,7% u ukupnoj zaposlenosti 2000. godine do 10% u 2009. godini, kada je bilo 21,4 miliona zaposlenih u ovih službama. Najveći rast zaposlenih zabeležen je u Irskoj, Holandiji, Francuskoj, Luksemburgu, Velikoj Britaniji i Finskoj, dok je udeo radne snage u sektoru zdravstva i socijalnih službi smanjen u Švedskoj, Poljskoj, Bugarskoj, Slovačkoj, Latviji i Litvaniji. Takvo stanje dovodi se u neposrednu vezu sa demografskim starenjem i rastom potreba za lečenjem i negom (EC, 2010: 10).

U svim zemljama EU, postoji široka mreža zdravstvenih službi u primarnom, sekundarnom i tercijarnom sektoru. Proces reformi odvija se u pravcu jačanja primarnog sektora i smanjenja opterećenja bolnica, klinika i drugih zdravstvenih ustanova. U novim članicama Unije, period tranzicije u zdravstvu doveo je do promena u finansiranju sistema i naporima da se osiguraju sigurni izvori prihoda, uvođenjem novih sistema obračuna i plaćanja usluga. Vremenom se pokazalo da je sakupljanje sredstava i poboljšanje njihove raspodele nedovoljno za ostvarenje krajnjeg cilja koji uključuje i bolji kvalitet usluga, njihovu isplativost i rešavanje problema u organizaciji zdravstvenih službi. Da bi odgovorili na sve složenije potrebe pacijenata i njihova očekivanja, reformisani sistemi bi trebalo da ponude nova rešenja u oblasti sektorske podele između primarne, sekundarne i tercijarne zaštite, ojačaju primarnu zaštitu, poboljšaju usluge bolnica, restrukturiraju institucije, itd. Sve to čini integralnu strukturu pružanja usluga ili „kontinuiranu zaštitu“ u okviru šireg konteksta zdravstvenog sistema (Vuković, 2005).

²⁸ SEC(2010) 1284 final.

3.1. Zaposlenost i kadrovska struktura

Postoje značajne razlike u zdravstvenim sistemima evropskih zemalja koje u velikoj meri opredeljuju njihovo funkcionisanje i kvalitet pruženih usluga. Prema broju i strukturi zaposlenih u zdravstvenom i socijalnom sektoru²⁹ države članice se dele na tri grupe. U prvoj su zemlje kao što su Švedska, Danska, Finska, Holandija, Belgija i Velika Britanija, u kojima socijalni sektor zapošljava 13–18% radno aktivne populacije (2009), što je znatno iznad EU proseka (10%). U drugoj grupi su Francuska, Nemačka, Luksemburg, Irska i Austrija u kojima je udeo zaposlenih u sektoru zdravstva i socijalnih službi između 9,7% (Austrija) i 12% (Francuska) kao rezultat bržeg rasta zaposlenosti od evropskog proseka. Treću grupu država članica čine Rumunija (7,7%) i Malta u kojima je rast zaposlenosti u zdravstvu i socijalnim službama bio manji od EU proseka ili negativan (u Poljskoj, Bugarskoj, Slovačkoj, Latviji i Litvaniji).

Specifičnost radne snage u ovom sektoru je činjenica da većinu zaposlenih čine žene i da je ona sve starija. U 2009. godini žene su činile 78% svih zaposlenih u zdravstvu i socijalnim službama (oko 16,8 miliona). Od 4,2 miliona novih radnih mesta u EU u ovom sektoru u periodu 2000–2009. godine zaposleno je 3,4 miliona žena. Najveći broj onih koji rade (Eurostat, LFS) ima 25–49 godina (63,8% u 2009) što predstavlja izvesno smanjenje u poređenju sa stanjem u 2000. godini (71,6%). Stopa zaposlenosti starijih radnika (50–64 godina) porasla je sa 20% u 2000. godini na 28,2% u 2009. godini, dok je broj zaposlenih u zdravstvu i socijalnim službama u EU ostao gotovo nepromenjen (oko 8%).

Obrazovni nivo zaposlenih u zdravstvu je viši nego u drugim sektorima i većina njih ima srednji ili viši nivo obrazovanja (40% svih zaposlenih). Zdravstveni radnici, lekari i medicinske sestre čine „temelj zdravstvenog sistema“ država članica Unije. U 2008. godini, najveći broj lekara na 1 000 stanovnika imala je Grčka (6,0), skoro dvostruko više od EU proseka (3,3). Slede zatim Austrija i Italija sa oko više od 4 doktora na 1 000 stanovnika. U poređenju sa stanjem u 2000. godini, zabeležen je blagi rast broja doktora u zdravstvu, a u Irskoj je od 2000. do 2008. godine gotovo udvostručen broj zaposlenih lekara. U Italiji i Francuskoj nije bilo promena u posmatranom periodu, što se tumači promenama u zdravstvenom i obrazovnom sistemu (OECD, 2010: 68). U svim državama članicama konstatovan je nepovoljan odnos između lekara opšte prakse i specijalista čiji broj stalno raste.

Medicinske sestre su najzastupljenije među zaposlenima u zdravstvu u većini evropskih država. One igraju ključnu ulogu u pružanju zdravstvene zaštite ne samo u tradicionalnim službama, kao što su bolnice i institucije zdravstvene zaštite, već i u lečenju hroničnih bolesnika i u kućnom lečenju. U 2008. godini bilo je oko 15 medicinskih sestara na 1 000 stanovnika u Finskoj, Irskoj, a nešto manje u Dans-

koj i Norveškoj. Najmanje sestara u zdravstvu radi u Grčkoj, Bugarskoj i Kipru i one imaju manje od 5 medicinskih sestara (i negovateljica) na 1 000 stanovnika. Poslednjih godina posebno raste potreba za negom, pa se otuda u evropskim državama u zdravstvenim i socijalnim službama zapošljavaju lica koja su stekla dodatne kvalifikacije za te poslove ili posebno organizovane kurseve obuke. U 2008. godini (OECD, 2010), broj sestara na jednog doktora kretao se od 6 u Irskoj i Finskoj do 1 u Grčkoj. Na nivou EU27 to je 2,5, a većina država izveštava da na jednog doktora koji je zaposlen u zdravstvu dolaze 2–4 medicinske sestre.

Broj lekara na 1 000 stanovnika

	2000.	2008.	2000–2008.
Belgija	-	3,0	0,8
Bugarska	3,4	3,6	0,8
Česka Republika	3,4	3,6	0,9
Danska	2,9	3,4	2,3
Nemačka	3,3	3,6	1,1
Estonija	3,3	3,4	0,3
Irska**	2,2	3,2	4,8
Grčka*	4,3	6,0	4,2
Španija	3,3	3,6	1,1
Francuska*	3,3	3,3	0,2
Italija*	4,2	4,2	0,1
Kipar	2,6	2,9	1,3
Latvija	2,9	3,1	1,0
Litvanija	3,6	3,7	1,8
Luksemburg	2,2	2,8	-
Mađarska	2,7	3,1	-
Malta	-	3,0	-
Holandija**	3,1	3,7	0,3
Austrija	3,9	4,6	2,2
Poljska	2,2	2,2	-
Portugalija**	3,2	3,7	1,8
Rumunija	1,9	2,2	1,7
Slovenija	2,2	2,4	1,4
Slovačka Republika	3,2	3,0	-1,0
Finska	2,5	2,7	1,1
Švedska	3,1	3,6	1,1
Velika Britanija	2,0	2,6	3,6
EU (22)	-	3,3	1,5

* Podaci uključuju ne samo lekare koji direktno rade sa pacijentima, već i one koji rade u zdravstvenom sektoru kao menadžeri, edukatori, istraživači, itd. (oko 5–10% doktora)

** Podaci se odnose na lekare koji poseduju licencu za rad u praksi

Izvor: OECD Health Data, 2010.

²⁹ U analizi su korišćeni podaci EC (2010) Second Biennial Report on social services of general interest.

Postoje sigurni pokazatelji stanja da manje lekara po glavi stanovnika uslovljava duže čekanje na hirurške i druge specijalističke zahvate i da otuda treba uspostaviti odgovarajući odnos između broja lekara i medicinskih sestara. U nekim zemljama kvalifikovane sestre preuzimaju poslove koje su tradicionalno obavljali lekari, što se prema nekim pokazateljima nije negativno odrazilo na kvalitet zaštite: medicinske sestre u SAD mogu da vrše i rutinske medicinske preglede i ginekološka ispitivanja, koje su ranije obavljali kućni lekari.

Podizanje stepena motivisanosti zaposlenih da pruže kvalitetniju zaštitu pacijentima, podrazumeva i poklanjanje veće pažnje pitanjima zarada, sigurnosti na radu, uslovima rada, itd. To znači da se od osoblja koje računa na isplate „ispod stola“ ili se plaši da će izgubiti posao i radi sa neodgovarajućom opremom, ne može očekivati da pruži kvalitetnije usluge i da u perspektivi odgovori zahtevima pacijenata. Otuda će i dalji naponi na ovom polju zavisiti od ekspanzije medicine koja je zasnovana na dokazima i primeni modernih načina lečenja, što uključuje i odgovarajući tretman zaposlenih. Poboljšanje rezultata rada podrazumeva odgovornost države za rezultate zdravstvenog sistema kao celine i izradu strategije za promovisanje javnog zdravlja koja obuhvata zdravstvenu zaštitu i identifikuje resurse koji su potrebni za efikasno funkcionisanje ovog sektora. Oni nisu samo finansijske prirode, već podrazumevaju i kvalifikovano osoblje, sredstva za obezbeđivanje njihove optimalne distribucije, primenu adekvatne tehnologije i lekova (uz ograničavanje sticanja neadekvatnih sredstava) i metode podizanja kapitala za ulaganje u zdravstvene objekte. Uz to idu pitanja adekvatne zakonske regulative i odgovarajućeg okruženje u kojem funkcionišu finansijske.

Adekvatna politika zapošljavanja u zdravstvenom sektoru polazi od ljudskih resursa kao najvažnijih i najskupljih elemenata zdravstvene politike. Niske plate i neadekvatni uslovi rada u javnom sektoru mogu biti jak motiv za zapošljavanje u privatnom sektoru najkvalitetnijih kadrova. „Iako zaposleni imaju i druge aspiracije, osim onih koji se tiču nivoa zarada, ukoliko zarade u državnom i u privatnom sektoru ne budu bile međusobno konkurentne, zapošljavanje i zadržavanje kvalifikovanog kadra u državnim bolnicama, biće otežano. Moguće je da državni sektor nudi povoljnosti, poput sistema profesionalnog i edukativnog razvijanja, čime bi se i de facto priznao značaj permanentnog učenja. Druga mogućnost je zapošljavanje na pola radnog vremena ili na određeno. Treće je kreiranje osećanja vlasništva, u smislu omogućavanja osoblju da donosi odluke na svim nivoima odlučivanja“ (Mossialos i dr, 2003: 156). Uslovi rada u zdravstvenim ustanovama su veoma loši, tako da i to mogu biti razlozi „seljenja“ zdravstvenih kadrova u privatni sektor i druge zemlje. Pojedini zdravstveni objekti su smatrani zastarelima još pre 20 godina, a od tada je njihovo stanje samo dodatno pogoršavano. U isto vreme, postojeći mehanizmi finansiranja destimulativno deluju na ulaganje u obnavljanje postojećih i izgradnju novih objekata.

3.2. Sektorske reforme

U gotovo svim zemljama Evropske unije obezbeđen je opšti pristup zdravstvenoj zaštiti, kao tekovina promena ostvarenih u nekoliko poslednjih decenija. Formiranjem nacionalne zdravstvene službe u 2000. godini, Francuska se pridružila Danskoj, Finskoj, Grčkoj, Irskoj, Italiji, Luksemburgu, Portugaliji, Švedskoj i Velikoj Britaniji, u kojima postoji zakonom definisana osnovna zdravstvena zaštita, koja predstavlja osnov za sprečavanje socijalne isključenosti u zdravstvu. U poređenju sa tim, procenjuje se da u SAD, oko 40 miliona stanovnika ili 14% populacije nije zdravstveno osigurano. Uprkos univerzalnom ili sličnom karakteru zakonskog zdravstvenog osiguranja, ostaju problemi koji se tiču izvesnih ograničenja u pojedinim zemljama koja predviđaju uslove kvalifikacije za korišćenje zdravstvene zaštite i sve značajnijeg učešća pacijenata u pokrivanju troškova.

Jačanje primarnog sektora zdravstvene zaštite predstavlja jednu od glavnih stavki u reformisanju zdravstva u zemljama EU poslednjih decenija. Organizacija primarne zaštite uređuje se nacionalnim sistemima i uključuje prvu posetu lekaru opšte prakse, a u većini zemalja i specijalističke preglede. Nivo zaštite i kvalitet pruženih usluga u ovom sektoru utiču na funkcionisanje „viših nivoa“ kao što su bolnice, klinike i instituti. Zadovoljstvo pacijenata pruženim uslugama i lečenjem meri se upravo preko primarne zaštite, saglasno smernicama zajedničke zdravstvene politike. U nastojanju da se pronađu rešenja za bolje pozicioniranje primarne zaštite, ponuđena su rešenja o uvođenju „kućnog lekara“ koji će pratiti stanje zdravlja pacijenata i članova njihove porodice.

Reforme zdravstva bile su posebno aktuelne u novim članicama Unije u tranzicionom periodu 1990-ih godina, kada je trebalo rešiti probleme u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koja je pre svega služila kao način usmeravanja pacijenata prema dominantnom sekundarnom sektoru ili za regulisanje pitanja odsustva sa posla. Naviknuti na lošu organizaciju zdravstvenih službi, pacijenti su u većini slučajeva pristajali i na korišćenje usluga lošeg kvaliteta, u ogromnim i nefunkcionalnim ustanovama, sa velikim brojem zaposlenih i prevelikim bolničkim kapacitetima.

Pomeranje granica između primarne zaštite i bolničkog lečenja, bio je ključ uspešnosti reformi zdravstvenog sektora u zemljama srednje i istočne Evrope. Istraživanja korišćenja bolničkih kapaciteta ukazuju na to da bi mnogi pacijenti bili adekvatnije lečeni u nebolničkom okruženju i da se oni veoma često zadržavaju u bolnicama i onda kada ne postoji potreba. Rešenja problema tražena su u razvijanju alternativnih, pogodnijih i povoljnijih službi, između kojih postoji jasna podela nadležnosti i bolja koordinacija. To podrazumeva jačanje i modernizaciju primarne zaštite u kojoj je bila slabije kvalifikovana struktura zaposlenih, dok su kapaciteti uglavnom raspolagali sa lošim objektima i slabijom tehnikom.

U većini zemalja u tranziciji, reformski pravci u primarnoj zaštiti kretali su se u pravcu uvođenja porodičnih lekara, pri čemu su ostala nerešena pitanja obima

usluga i funkcija koje uključuju deo nadležnosti koji je do sada pripadao sekundarnom sektoru. Postizanje veće efikasnosti i efektivnosti zdravstvenog sistema „podrazumeva da svi profesionalci zaposleni u primarnoj zaštiti budu obučeni za neophodne veštine i da se uspostavi efektivna komunikacija među nivoima da bi primarnoj zaštiti bilo obezbeđeno da uspešno predvodi proces 'virtuelne integracije' različitih mogućnosti zaštite. Reforma usluga je vrlo kompleksna, a problemi su utoliko složeniji zbog različite prirode zahteva upućenih ministarstvima zdravlja, od kojih se očekuje da upravljaju promenama“ (Figueras i dr, 2004: 18).

Aspekti zaštite na osnovu kojih se može utvrditi razlika između konvencionalne zdravstvene zaštite i primarne zaštite usmerene ka stanovništvu

Konvencionalna ambulanta medicinska zaštita u klinikama ili dispanzerima	Programi kontrole bolesti	Primarna zaštita usmerena ka stanovništvu
Fokus na bolestima i lečenju	Fokus na prioritarnim bolestima	Fokus na zdravstvenim potrebama
Odnos postoji u trenutku konsultovanja	Odnos postoji tokom implementacije programa	Konstantan lični odnos
Sporadična kurativna zaštita	Intervencije kontrole bolesti u skladu sa definisanim programima	Obuhvatna, kontinuirana zaštita usmerena ka pojedincu
Odgovornost je ograničena na efikasne i bezbedne savete koje pacijent dobija tokom konsultacije	Odgovornost u odnosu na ciljeve postavljene programom kontrole bolesti za ciljnu populaciju	Odgovornost za zdravlje svih u zajednici tokom čitavog životnog ciklusa; odgovornost za rad na odrednicama zdravlja-bolesti
Korisnici su potrošači, koji plaćaju za zaštitu	Grupe populacije su ciljane tokom intervencija kontrole bolesti	Ljudi su partneri u upravljanju sopstvenim zdravljem i zdravljem u svojoj zajednici

Izvor: WHO, 2008: 43.

Poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga uvođenjem novih veština i promenom prakse, predstavlja značajan preduslov uspešne reforme celokupnog zdravstvenog sektora. Promene „od dna“ i uvođenje standarda profesionalcima u zdravstvu, podrazumava mere koje uključuju akreditaciju, medicinu zasnovanu na dokazima i mehanizme za potvrđivanje kvaliteta, kao i odgovarajuće programe humanih resursa. Poboljšanje kvaliteta usluga u pravcu promocije visokokvalitetne zaštite otežano je nasleđem iz prošlosti, nedostatkom sredstava, neadekvatnom i propalom infrastrukturom i neodgovarajućim menadžmentom, ali to ne može da bude opravdanje lošeg kvaliteta koji je često gori nego što za to realno postoji opravdanje. To je naročito vidljivo u poređenju sa preokupacijom kvalitetom u zapadno evropskim zemljama i Americi, koja je dominantna u poslednje tri decenije.

Bolnički kreveti na 1 000 stanovnika (1995, 2008)

	1995.	2008.
Belgija	-	6,7
Bugarska	10,3	6,5
Česka Republika	8,5	7,3
Danska	4,6	3,6
Nemačka	9,7	8,2
Estonija	8,3	5,7
Irska	7,0	5,2
Grčka	4,9	4,8
Španija	3,9	3,3
Francuska	8,5	6,9
Italija	6,3	3,8
Kipar (2007)	5,1	3,8
Latvija	11,1	7,4
Litvanija	10,9	6,8
Luksemburg	-	5,8
Mađarska	-	7,0
Malta	-	7,4
Holandija	5,3	4,3
Austrija	8,5	7,7
Poljska	-	6,6
Portugalija	3,9	3,4
Rumunija	7,6	6,6
Slovenija	5,8	4,8
Slovačka Republika	8,3	6,6
Finska	8,1	6,5
Velika Britanija	-	3,4
EU	7,3	5,7

Izvor: OECD Health Data, 2010.

Ocena stanja i kvaliteta sekundarnog sektora vrši se nizom indikatora koji uključuju i broj kreveta u bolnicama u svim vidovima lečenja i pružanja medicinske zaštite. Kapaciteti bolnica opredeljuju mogućnosti intervencija i hitnog reagovanja, ali je pored broja bolnica veoma važna i njihova teritorijalna ujednačenost. Tokom proteklih godina, broj bolničkih kreveta po stanovniku je smanjen u svim evropskim zemljama. Na nivou Unije u 1995. godini bilo je prosečno 7,3 kreveta na 1 000 stanovnika, a 15 godina kasnije 5,7 kreveta (OECD, 2010). Smanjenje bolničkih kreveta sugerira kraće zadržavanje u bolnicama, kao deo napora da se smanje troškovi lečenja i veliki deo poslova preusmeri u primarnu zaštitu. Pad broja bolničkih kreveta u posmatranom periodu posebno je bio izražen u Litvaniji, Latviji i Bugarskoj.

U svim zemljama članicama Unije, napredak tehnologije omogućio je kraće zadržavanje u bolnicama, ali je i politika štednje u zdravstvu bila usmerena na smanjenje bolničkih izdataka. U 2008. godini, Nemačka i Austrija imale su najveći broj kreveta (8 na 1 000 stanovnika), a najmanje je bilo u Španiji, Velikoj Britaniji i Portugaliji. Dve trećine bolničkih kapaciteta u EU su u oblasti kurativne zaštite, a ostali su u psihijatriji (14%), dugotrajnoj nezi (10%) i drugim oblicima zaštite (8%). Demografske promene reflektuju se na porast potreba za zbrinjavanjem i lečenje hroničnih bolesnika, tako da u Finskoj najveći broj bolničkih kreveta je u službi dugotrajne nege (35%), a u kurativi je manje (30%). U Irskoj je više od polovine svih bolničkih kapaciteta u kurativi, a oko 30% obezbeđuje dugotrajnu zaštitu.

Prosečna dužina boravka* u bolnici zbog svih uzroka (2000, 2008)

	2000.	2008.
Belgija	8,4	7,8
Bugarska	11,8	6,8
Česka Republika	8,7	7,5
Danska	6,2	5,2
Nemačka	10,7	9,8
Estonija	-	7,5
Irska	6,4	6,2
Grčka	8,0	7,0
Španija	7,7	7,0
Francuska	6,0	5,7
Italija	7,0	6,8
Kipar	6,4	6,2
Latvija	-	8,8
Litvanija	9,9	8,4
Luksemburg	7,5	7,3
Mađarska	-	5,9
Malta	-	4,9
Holandija	8,4	6,1
Austrija	7,6	6,8
Poljska	7,1	5,6
Portugalija	-	5,4
Rumunija	9,3	7,7
Slovenija	7,3	6,4
Slovačka Republika	8,9	7,7
Finska	12,6	12,4
Švedska	6,3	5,7
Velika Britanija	9,3	7,7
EU)	8,3	7,2

Napomena: * u danima

Izvor: OECD Health Data, 2010.

Rast potreba za negom i lečenjem odrazio se na jačanje privatnog sektora koji pruža mogućnosti bolničkog lečenja i smeštaja na osnovu plaćanja od strane pacijenata ili refundacijom troškova od strane fondova. U Nemačkoj privatni bolnički kreveti koji funkcionišu na bazi profita činili su 23% svih kapaciteta u 2002, a 29% u 2008. godini. Ostalih 44% do 41% su u oblasti javnih (državnih) bolnica, a 30% su kreveti u neprofitnim bolnicama. U Francuskoj najveći deo čine državni bolnički kreveti (65%), a u privatnim neprofitnim je oko 15% i 20% u bolnicama koje rade na bazi profita (OECD, 2010).

Aktivnosti bolnica nalaze se pod uticajem velikog broja faktora, kao što su zahtevi za pružanjem bolničkih usluga, kapaciteti kojima raspolažu, spremnost i sposobnost primarnog sektora da predupredi bolničko lečenje, kao i mogućnosti rehabilitacije i nege nakon izlaska iz bolnice. Reformisanje zdravstva bilo je usmereno na skraćivanje perioda ležanja u bolnici. Prosečna dužina boravka u bolnici u svim zemljama članicama Unije beleži pad (sa 8,3 u 2000. na 7,2 dana u 2008. godini). To se objašnjava uticajem velikog broja faktora, uključujući i nova dostignuća u nauci, koja obezbeđuju primenu manje invazivnih metoda koje obezbeđuju brži oporavak i upućivanje na kućno lečenje. U 2008. godini, pacijenti su bili najkraće na bolničkom lečenju na Malti i nekim skandinavskim državama (Norveškoj, Danskoj, Švedskoj), a najduže u Finskoj i Nemačkoj.

3.3. Teškoće finansiranja

Napredak na polju zdravstva u najvećem broju industrijski razvijenih zemalja (OECD) praćen je povećanjem izdataka, odnosno rastom njihovog učešća u BNP. Među članicama EU, najveća izdvajanja po glavi stanovnika u 2000. godini bila su u Švedskoj (2 404) i Luksemburgu (2 374), a zatim sledi 10 država sa preko 1 000€ po stanovniku, među kojima su prve Nemačka (1 992) i Francuska (1 920), sve do Italije (1 475) i Finske (1 220). Zemlje na jugu izdvajaju manje sredstava za zdravstvo i ona su se u 2000. godini kretala od 883€ u Španiji, preko 790€ u Grčkoj, do 694€ u Portugaliji, dok je EU proseka za 15 članica bio 1 616€. Porast troškova kretao se neujednačenom dinamikom, tako da su u poređenju sa stanjem u 1995. godini, izdaci u Velikoj Britaniji gotovo udvostručeni, dok je u Irskoj i Italiji zabeleženi rast izdataka po stanovniku nešto manji. U drugim državama, dinamika kretanja troškova je stabilizovana, sa neznatnim povećanjem u Portugaliji.

U 2008. godine, Norveška je prednjačila među evropskim državama u pogledu izdataka za zdravstvo po glavi stanovnika (4 300€). U poređenju sa EU prosekom (2 192€) to je bilo dvostruko više. Među članicama Unije za zdravstvo najviše troše: Luksemburg (2006 – 3 709€), Austrija (3 407), Irska (3 254), Nemačka (3 206), itd. U zemljama na severu i zapadu, izdaci se u najvećem broju slučajeva kreću od 2 500€ do 3 500€, što je za 10% do 30% više od EU27 proseka u 2008. godini. U

novim članicama su najmanja izdvajanja za zdravstvo po glavi stanovnika, i to u Rumuniji (687€), Bugarskoj (2007 – 714), Latviji (2007 – 1 017), sve do Slovenije (1 996) koja takođe ima manje od EU proseka (OECD, 2010: 104).

Učešće ukupnih zdravstvenih izdataka u BNP, 2008.

	Ukupno	Javni	Privatni	Ostali
Belgija*	10,2	7,4	2,8	0,0
Bugarska (2007)	7,3	4,2	3,0	0,0
Česka Republika	7,1	5,9	1,2	0,0
Danska (2007)	9,7	8,2	1,5	0,0
Nemačka	10,5	8,1	2,5	-0,1
Estonija	6,1	4,8	1,9	0,0
Irska	8,7	6,7	2,0	0,0
Grčka (2007)	9,7	5,8	3,8	0,1
Španija	9,0	6,5	2,5	0,0
Francuska	11,2	8,7	2,5	0,0
Italija	9,1	7,0	2,1	0,0
Kipar (2007)	5,7	2,4	3,2	0,0
Latvija (2007)	7,0	4,2	2,7	0,0
Litvanija	6,6	4,8	1,3	0,0
Luksemburg (2006)	7,2	6,5	0,7	0,0
Mađarska	7,3	5,2	2,1	0,0
Holandija	9,1	7,4	1,6	0,1
Austrija	10,5	8,1	2,4	0,0
Poljska	7,0	5,9	1,2	0,0
Portugalija (2006)	9,9	7,1	2,8	0,0
Rumunija	5,5	4,5	1,0	0,0
Slovenija	8,3	6,0	2,3	0,0
Slovačka Republika	7,8	5,4	2,4	0,0
Finska	8,4	6,2	2,2	0,0
Švedska	9,4	7,7	1,7	0,0
Velika Britanija	8,7	7,2	1,5	0,0
EU	8,3	6,2	2,1	0,0

Izvor: OECD Health Data, 2010.

Rast zdravstvenih izdataka u zemljama OECD (30) odvijao se u uslovima slabijeg privrednog rasta, pa je otuda učešće ukupnih troškova u BNP poraslo od prosečnih 7,8% u 1997. godini na 8,5% u 2002. godini. Ovakve promene tumače se i kao rezultat politike pojedinih zemalja (Velika Britanija, Kanada) koje su prepoznale da su mere „štednje“ iz 1990-ih godina uticale na kvalitet zdravstvene zaštite. Otuda su, prema OECD izveštaju (2004) sve vlade izložene pritisku da poboljšaju kvalitet u uslovima slabijeg privrednog rasta, jer se najveći deo sredsta-

va izdvaja iz javnih izvora (73,1% u 2002). Posebno dinamičan rast troškova bio je u oblasti medikamenata, koji se kretao 1,3 puta brže od ukupnih zdravstvenih izdataka, pa je njihovo učešće poraslo sa 9% (1992) na 37% u 2002. godini. Za preventivne programe, i pored njihovog značaja, u OECD državama se prosečno godišnje troši samo 2,8% ukupnih sredstava.

U 2008. godini prosečno učešće troškova zdravstva u EU bilo je 8,3% BDP, što je više od izdvajanja u 1998. (7,3%) i manje u poređenju sa izdacima u 2002. godini (8,5%). Među državama članicama učešće se kreće od oko 6% u Rumuniji i Kipru od 11% BDP u Francuskoj (16 u SAD). U Austriji, Belgiji i Nemačkoj učešće troškova zdravstva u BDP je veće od 10% (OECD, 2010).

Finansiranje evropskih zdravstvenih sistema vrši se na osnovu više izvora, pri čemu u većini članica Evropske unije javni izdaci, odnosno sredstva iz poreza i doprinosa, čine najveći deo (73,6% u 2008). U Luksemburgu, Češkoj, nordijskim državama (sa izuzetkom Finske), Velikoj Britaniji, Holandiji i Rumuniji, javni izvori finansiranja čine više od 80% svih troškova. U značajnom broju država članica zabeležen je rast javnih izdataka poslednjih decenija, ali je kod novih članica došlo do izvesnih promena u periodu tranzicije. To ne znači da u svim oblastima preovlađuje javno finansiranje, jer se najviše izdvaja za zdravstvene usluge i medicinske proizvode. Učešće privatnog osiguranja i participacije manje je od 30% ukupnih izdataka, sa izuzetkom Grčke, Italije i Portugalije. Učešće pacijenata u pokrivanju troškova lekarskih pregleda, medikamenata i bolničkog lečenja lagano raste, i ono je u 1998. godini činilo u proseku 16% ukupnih troškova zdravstva, dok je u Italiji i Portugaliji bilo gotovo dvostruko veće (30%). U Bugarskoj, Latviji i Kipru, kao i drugim centralno evropskim zemljama, privatni izvori pokrivaju značajan deo troškova stomatoloških usluga i lekova, a očekuju se značajne promene i u drugim državama članicama.

U strukturi izdataka EU27 u 2008. godini javni rashodi su činili 6,1% BDP, a privatni samo 2,1%. Među zemljama članicama i u ovom pogledu postoje znatne razlike, tako da su javni izdaci u Francuskoj bili najviši (8,7% BDP), a najmanji na Kipru (2,4% BDP). Učešće troškova zdravstva u BDP treba posmatrati u kontekstu izdvajanja po glavi stanovnika, jer se tako dobija realnija slika stanja u pojedinim državama. Mereno prema izdacima u BDP, Nemačka i Portugalija se svrstavaju u istu grupu, ali su per capita rashodi u Nemačkoj 1,5 veći. Ekonomski napredak doveo je u nekim zemljama do većeg ulaganja u zdravstveni sistem, ali primer Slovenije, Mađarske i Češke pokazuje da nije postojao adekvatan odnos, odnosno da su troškovi zdravstva sporije rasli. U Velikoj Britaniji je posle perioda „kresanja“ javnih izdataka za zdravstvenu zaštitu, doneta odluka o povećanju ulaganja, tako da je u periodu od 2000. godine dostignut evropski prosek.

Raspodela resursa zdravstvene potrošnje kroz različite vrste usluga i roba, nalazi se pod uticajem niza faktora kao što su dostupnost službi, bolnička zaštita i nega, kadrovska opremljenost, pristup novoj tehnologiji, finansijski i institucionalni

aranžmani za pružanje zdravstvene zaštite, kao i nacionalnih smernica za reformisanje zdravstva. U 2008. godini na kurativnu zaštitu i rehabilitaciju pacijenata odlazilo je 60% izdataka. U Austriji i Francuskoj troškovi za pacijente čine trećinu ukupnih izdataka, sa značajnim izdacima za bolničko lečenje, dok su u Portugaliji i Španiji veća ulaganja u vanbolničku zaštitu. Razlike postoje i u pogledu ulaganja u medicinske proizvode, rehabilitaciju i preventivne programe.

Tekući zdravstveni izdaci prema funkciji zdravstvene zaštite (2008)

	Za pacijente*	Van pacijenata	LTC	Medicinski proizvodi	Kolektivne službe	Ukupno
Belgija	30	26	19	18	7	100
Bugarska (2007)	39	17	0	38	5	100
Danska	30	33	21	13	3	100
Nemačka	29	29	8	17	5	100
Estonija	33	33	4	25	5	100
Španija	25	37	9	24	6	100
Francuska	36	23	11	21	9	100
Latvija (2007)	33	25	3	33	6	100
Litvanija	32	27	7	30	4	100
Mađarska	28	26	4	37	5	100
Austrija	36	27	13	18	6	100
Poljska	35	29	6	27	4	100
Portugalija	25	46	9	24	6	100
Rumunija	37	16	12	27	9	100
Slovenija	32	29	9	23	8	100
Slovačka R.	22	33	0	38	7	100
Finska	27	35	12	18	8	100
Švedska	29	41	8	17	5	100
EU	31	30	8	25	6	100

Napomena: * odnosi se na lečenje i rehabilitaciju bolesnika i usluge dnevnog boravka u bolnicama, dan na klinikama hirurgije, itd.

** odnosi se na kurativnu i rehabilitacionu zaštitu u doktorskim ambulantom, klinikama, odeljenjima van bolnica, kućnoj zaštiti i pomoćne usluge

Izvor: OECD Health Data, 2010.

Naknada zarade za slučaj sprečenosti za rad usled bolesti predviđena je u svim sistemima, ali se pitanja njene visine, dužine isplate i nadležnosti, razlikuju među državama članicama EU. U nekim slučajevima naknada zarade se isplaćuje u skladu sa zakonskim propisima, dok je u nekim zemljama ovo pitanje uređeno tarifnim ugovorima (Belgija, Španija, Irska, Portugalija), a u Velikoj Britaniji se primenjuje mešoviti sistem kojim je predviđena nadležnost države za isplatu minimalne naknade, a ostatak se određuje prema tarifnom ugovoru. Finansiranje zarade

za vreme odsustva sa posla usled bolesti vrši se u najvećem broju slučajeva na račun poslodavca, dok se njena visina kreće od 100% (Belgija, Danska, Nemačka, Austrija i Luksemburg – za službenika), preko 90% (Francuska), 80% (Švedska), 70% (Holandiji), do 50% u Grčkoj. Dužina isplate utvrđenog procentualnog iznosa zarade ograničena je na 100% zarade u Belgiji za jednu nedelju, a u Danskoj na dve nedelje. U Nemačkoj i Holandiji predviđena visina se isplaćuje u prvih šest nedelja, u Luksemburgu i Italiji u proseku do tri meseca (MISSOC, 2002).

Procenjuje se da će negativni efekti globalne finansijske i ekonomske krize uticati na smanjenje sredstava za zdravstvo, i pored činjenica koje upućuju na porast potreba usled demografskog starenja i uvođenja novih tehnologija. U periodu od 2008. godine u zemljama EU zabeležen je pad privatnih izdataka, zbog smanjenja prihoda domaćinstava (EC Joint Report, 2010: 104). U zdravstvenim službama očekuje se veći pritisak na javne ustanove, koje su u nekim zemljama slabije opremljene od privatnih bolnica i drugih službi. Ovaj problem će uticati na sve zemlje u kojima je javno finansiranje usluga pod pritiskom krize. Kao odgovor na očekivane promene, mnoge vlade planiraju preraspodelu javnih izdataka između povećanih troškova lečenja, smanjenja porodičnih naknada i visinu pokrivenosti usluga socijalnim osiguranjem.

3.4. Privatno zdravstveno osiguranje

U svim državama članicama Evropske unije postoji privatno zdravstveno osiguranje (PZO) zajedno sa javnim (obaveznim) sistemom osiguranja. Kao i u drugim segmentima zdravstva, postoje značajne razlike između pojedinih zemalja u pogledu uloge privatnog osiguranja, veličine tržišta, pokrivenosti stanovništva, sadržaja usluga, itd. Duga tradicija organizacije evropskog javnog sistema i specifičnost nacionalnih politika opredeljuju mesto privatnog zdravstvenog osiguranja koje uglavnom ima skromnu ulogu, sa izuzetkom malog broja zemalja EU27.

Raznolikost sistema otežava definisanje i klasifikaciju sistema privatnog osiguranja koje se obično definiše kao „dobrovoljno osiguranje koje se plaća privatno od strane samih pojedinaca ili poslodavaca u ime pojedinaca“ (Mossialos, Thomson, 2002). Prema ovoj definiciji, privatno osiguranje može uplaćivati veliki broj subjekata, javne i privatne prirode – uključujući i obavezne „fondove bolesti“, međusobno neprofitna ili preventivna udruženja i komercijalna profitna osiguravajuća društva.

Organizacija (vid) privatnog osiguranja može biti različita i obično se sreće kalsifikacija na dopunsko, komplementarno i „zamenjujuće“ za one koji nisu obuhvaćeni obaveznim osiguranjem. U značajnom broju zemalja (Poljska, Rumunija, Španija, Velika Britanija) privatno osiguranje ima *dopunsku ulogu* i obezbeđuje pristup zdravstvenim uslugama koje su već obezbeđene javnim sistemom, daje

mogućnost većeg izbora ili prevazilaženje problema dugog čekanja za pojedine usluge. Dopunska pokrivenost ne obezbeđuje dodatne beneficije u smislu ponude širokog spektra zdravstvenih usluga, ali može povećati neke aspekte kvaliteta zdravstvene zaštite – posebno brži pristup nezi i brizi koja se pruža u kontekstu superiornih pogodnosti. Nju obično kupuju (uplaćuju) bogatiji i ljudi sa višim obrazovanjem.

U nekim državama, privatno zdravstveno osiguranje ima značajniju ulogu i pojavljuje se kao *komplementarno* obaveznom osiguranju jer može da pokrije usluge koje su isključene iz zakonskih beneficija (Danska, Mađarska, Holandija) ili može nadoknaditi troškove plaćanja obaveznih korisnika i ekstra troškove lekarskih usluga (Belgija, Francuska, Letonija, Slovenija). Cilj ovako organizovanog privatnog osiguranja je da poboljša pristup zdravstvenoj zaštiti koja nije pokrivena javnim sistemom osiguranja. Komplementarno privatno osiguranje može da doprinese finansijskoj zaštiti obezbeđujući pristup efikasnoj zdravstvenoj zaštiti u stomatologiji, fizikalnoj terapiji ili izdavanju lekova na recept.

U nekim članicama Unije, privatno zdravstveno osiguranje pruža pokriće za lica koja nisu obuhvaćena javnim sistemom i time ima *zamenjujuću ulogu na tržištu* (Češka, Estonija) ili obuhvata one koji ne moraju biti zakonski obuhvaćeni već mogu da se opredele ili ne opredele za obaveznu shemu (Nemačka). U novim zemljama članicama Unije, PZO uglavnom ima dopunsku ulogu, sa izuzetkom Slovenije gde je ono komplementarno pokriće troškova obaveznih korisnika. „Najznačajnije promene u ulozi tržišta su se dogodile u starijim državama članicama. Ekspanzija obaveznog zdravstvenog osiguranja u Belgiji i Holandiji je efikasno ukinula dva tržišta zamenskog privatnog zdravstvenog osiguranja, dok se irsko tržište vremenom razvilo od zamenskog do mešavine dopunskog i komplementarnog privatnog zdravstvenog osiguranja. Tržišta u nastajanju za dopunsko privatno zdravstveno osiguranje u Danskoj doživelo je brz rast u poslednjih pet godina“ (Mossialos, Thomson, 2009: 7).

Učešće PZO u ukupnim izdacima za zdravstvo u Evropskoj uniji je dosta skromno – manje od 10% u 2006. godini, sa izuzetkom Francuske (12,8%) i Slovenije (13,1%). U dve trećine država članica troškovi privatnog osiguranja čine manje od 5% ukupnih izdataka, a u Nemačkoj je blizu proseka (9,3%). Jačanje tržišta PZO zabeleženo je u većini država članica, a u Holandiji i Velikoj Britaniji je uočen suprotan trend.

Postoje velike razlike u odnosu na obuhvat stanovništva privatnim zdravstvenim osiguranjem u različitim državama članicama. Najveći obuhvat imaju tržišta koja pokrivaju naknade obaveznih osiguranika u Francuskoj (92%), Luksemburgu (91%), Sloveniji (74%) i Belgiji (73%). Holandija je jedinstvena u pogledu veoma visokog nivoa obuhvata kombinacijom komplementarnog (usluge) i dopunskog tržišta (92%). Irska, takođe ima relativno visok stepen obuhvata (51%), predstavljajući izuzetak među dopunskim tržištima, koja obično obuhvataju samo do oko 10% populacije.

Funkcionalna klasifikacija tržišta privatnog zdravstvenog osiguranja

Uloga tržišta	Pokretač razvoja tržišta	Priroda pokrivenosti	Primeri u EU
Zamenska	Inkluzivnost javnog sistema (deo populacije koji ima pravo na javnu pokrivenost)	Obuhvata isključene ljude iz javnog sistema ili im dozvoljava da se opredele	Nemačka
Komplementarna (usluge)	Obim beneficija pokrivenih javnim sistemom	Pokriva usluge isključene iz javnog sistema	Danska, Mađarska, Holandija
Komplementarna (naknada osiguranicima)	Dubina javne pokrivenosti (udeo troškova beneficija koji se isplaćuju u javnom sistemu)	Pokriva naknade obaveznih osiguranika u javnom sistemu	Belgija, Francuska, Letonija, Slovenija
Dopunska	Zadovoljstvo potrošača (percepcije o kvalitetu javno-finansirane zaštite)	Brži pristup i bolji izbor potrošača	Irska, Poljska, Rumunija, Španija, Švedska, Velika Britanija

Izvor: Adaptirano na osnovu Mossialos, Thomson (2002b) i Foubister et al (2006).

Korišćenje privatnog zdravstvenog osiguranja u državama članicama determinisano je prihodima, odnosno mogućnostima dodatnih izdvajanja. Na nivou Unije prosečni osiguranik ima od 40 do 50 godina, relativno je imućan, obrazovan, zaposlen kao službenik (često na nivou menadžmenta ili na višem nivou), radi za veću kompaniju ili samozaposlen, muškarac koji živi u urbanoj oblasti. Grupno pokriće koje kupuju poslodavci (što ne znači da uvek i uplaćuju) se zadržalo (a u nekim slučajevima postalo) veliki udeo na tržištima u mnogim državama članicama.

Organizacija PZO vrši se preko komercijalnih kompanija, obaveznih fondova osiguranja, ugovornih udruženja ili to organizuju poslodavci. Broj privatnih osiguravajućih kuća koje nude zdravstveno osiguranje je različit u zemljama članicama Unije, ali je primećena koncentracija tržišta na tri do pet najvećih društava. Većina privatnih osiguravajućih društava plaća pružaocima usluga retrospektivno, a kuće u pojedinim državama koriste privatne krevete u javnim bolnicama. U skoro svakoj državi članici EU, doktorima je dozvoljeno da rade u javnom i privatnom sektoru. Privatno osiguranje je unosan posao i pored velikih administrativnih troškova (većih od onih u javnom osiguranju) što obezbeđuje poslovanje kompanija na bazi profita.

Tržište PZO nudi mogućnost izbora u pogledu planova, nivoa beneficija ili pružaoca usluga. Odabir osiguravajućih kuća je težak i nesiguran jer veoma često nedostaju potrebne informacije ili se one nude u komplikovanoj formi i nerazumljivom sadržaju. Nedostatak standardizovanih beneficija i cena sprečava konkurentnost na tržištu i često otežava pravilan izbor, a primećena su i neopravdana ograničenja (godine života) radi smanjenja potencijalnih troškova. Sistem regulative PZO u većini država članica sličan je načinu koji je predviđen za pružanje drugih finansijskih usluga, posebno za komercijalno privatno zdravstveno osiguranje. U poslednjih 15 godina stepen uređenja ovih tržišta je porastao uglavnom

da bi se poboljšao pristup privatnom zdravstvenom osiguranju. Evropska unija je 1994. godine uvela regulatorni okvir za privatno zdravstveno osiguranje (treća Direktiva o ne-životnom osiguranju). Mnoge zemlje koriste poreske olakšice kako bi podstakle uplaćivanje privatnog zdravstvenog osiguranja, ali je upotreba fiskalne politike u cilju obezbeđenja veće dobiti nekih osiguravajućih društava nad drugima, zabranjena u Evropskoj uniji.

Zdravstveni izdaci prema izvorima finansiranja (u %, 2007)

	Javni izdaci			Privatni izdaci		
	Ukupno	Država uopšte	Socijalno osiguranje	Ukupno	Plaćanje iz džepa	Privatno zdravstveno osiguranje
Austrija	76,4	31,6	44,8	23,6	15,4	4,6
Belgija	75,1	12,4	62,7	24,9	19,0	5,6
Češka	85,2	8,3	76,9	14,8	13,2	0,2
Danska	84,5	84,5	0,0	15,5	13,8	1,6
Finska	74,6	60,1	14,5	25,4	18,9	2,1
Francuska	79,0	5,2	73,8	21,0	6,8	13,4
Nemačka	76,9	9,0	67,8	23,1	13,1	9,3
Grčka	60,3	29,1	31,2	39,7	-	-
Mađarska	70,6	12,4	58,2	29,4	24,9	1,1
Irska	80,7	80,1	0,6	19,3	9,9	8,1
Italija	76,5	76,4	0,1	23,5	20,2	0,9
Luksemburg	90,9	20,6	70,3	9,1	6,5	1,7
Holandija	81,4	5,8	75,6	18,6	6,0	6,2
Poljska	70,8	12,3	58,6	29,1	24,3	0,5
Slovačka	66,8	6,8	60,1	33,2	26,2	0,0
Španija	71,8	66,7	5,1	28,2	21,1	5,9
Švedska	81,7	81,7	0,0	18,3	15,9	0,2
V. Britanija	81,7	81,7	0,0	18,3	11,4	1,1

Izvor: OECD Health Data, 2009.

„Način na koji privatno zdravstveno osiguranje funkcioniše često podriva ciljeve zdravstvene politike unutar tržišta (koji se mogu razlikovati od političkih ciljeva tržišta), pre svega finansijsku zaštitu, jednakost u oblasti finansija i pristupu zdravstvenoj zaštiti. Međutim, ovo je generalno samo pitanje od javnog interesa politike, gde privatno zdravstveno osiguranje doprinosi finansijskoj zaštiti u širem zdravstvenom sistemu – što objašnjava mnogo veći stepen državne intervencije u zamenskim i tržištima koja pružaju komplementarnu pokrivenost naknada obaveznih korisnika (...). Sve u svemu, argument da će privatno zdravstveno osiguranje doprineti finansijskoj održivosti oslobađanjem javnih budžeta pritiska nije potkrepljen dokazima. Pored toga, zabrinutost zbog uticaja promenljivih

demografskih i uslova tržišta rada na finansijsku održivost zdravstvene zaštite koja se finansira po osnovu zaposlenja, obično se ne proširuje na tržišta privatnog zdravstvenog osiguranja iako bi trebalo, jer se u mnogim državama članicama privatno zdravstveno osiguranje delimično finansira od strane poslodavaca“ (Mossialos, Thomson, 2009: 10).

Debata o privatnom zdravstvenom osiguranju i mogućim implikacijama na zdravstveni sistem, veoma se razlikuje između starih i novih država članica Unije. Bez obzira na to, u raspravama dominiraju pitanja koja se tiču opasnosti za smanjenje obuhvata stanovništva obaveznim osiguranjem i urušavanje principa jednakosti pristupa zdravstvenoj zaštiti. U nekim zemljama se spor razvoj PZO vezuje za velikodušnost javnih sistema, pa se otuda reformski zahvati fokusiraju na stvaranje strožije regulative u ostvarivanju prava i smanjenju obaveznog paketa beneficija. Za razvoj privatnog zdravstvenog osiguranja od posebnog su značaja i pitanja koja se tiču platežnih mogućnosti građana, prisustvo neformalnih oblika plaćanja, nepoverenje potrošača i poslodavaca i nedostatak privatne infrastrukture.

4. Evropska zdravstvena politika

Zdravstvo je, kao rezultat institucionalnih promena Evropske unije proteklih decenija, postalo veoma važno područje rada njenih organa i institucija. U Maastritskom ugovoru (1993) prvi put je stvorena zakonska osnova za javno zdravstvo (§129), kojom je predviđeno „unapređivanje saradnje između zemalja članica“, „briga o bolestima“, kao i unapređenje istraživanja, informacija o zdravstvu i obrazovanju, i pored toga što u ugovoru nije utvrđena harmonizacija zakonskih propisa. Zbog ovih novih obaveza, Komisija je predstavila svoje „Saopštenje o akcionom okviru u oblasti javnog zdravlja“ na osnovu posebnih (8) programa za zdravstvo. Napori zemalja članica i širenje „informacija dobijenih iz prakse“ doprineli su kontinuiranom jačanju odrednica o zaštiti zdravlja na nivou EU.

Krajem 1990-ih godina, promenio se opšti okvir za zdravstvenu politiku. U oblasti javnog zdravlja, ugovor iz Amsterdama je proširio kompetencije Zajednice, a čl. 129 je dopunjen novim propisima i preinačen u čl. 152 koji propisuje mere u oblasti javnog zdravlja koje treba da doprinesu uspostavljanju zdravstvene zaštite na visokom nivou, da poboljšaju zdravlje stanovništva, brigu o bolesnima, da se uklone uzročnici koji ugrožavaju ljudsko zdravlje i da se osigura da sve političke mere u EU štite zdravlje. U ovom kontekstu, Komisija je u maju 2000. godine predložila novu *strategiju u oblasti zdravstva*, koja se zalaže za integrisanu polaznu tačku u obliku saradnje u ovoj oblasti na nivou Zajednice. Centralni element ove strategije je bio predlog za novi Akcioni plan u oblasti javnog zdravlja. Program se koncentriše na tri oblasti delovanja: – poboljšanje informacija o zdravlju i svesti o daljem razvoju javnog zdravlja; – jačanje mogućnosti da se brzo i koordinirano reaguje na velike opasnosti za zdravlje; – fokusiranje na mere koje unapređuju zdravlje i sprečavaju bolesti.

Finansiranje zdravstvene zaštite u nadležnosti je zemalja članica, ali ta odgovornost ne znači da osnovne slobode, kao što su slobodan protok usluga (i medicinskih) ili sloboda odlučivanja radnika ili neke druge političke oblasti zajednice, ne mogu naći primenu i u ovoj oblasti. Zdravstvo je važno zajedničko područje u Evropskoj socijalnoj agendi i značajna tačka u Strategiji EU za dugoročni razvoj, koje čine sastavne delove Lisabonske strategije. Pored toga, zdravstvena zaštita je postala važna tema u okviru mobilnosti koja prelazi granice i u naporima za poboljšanje stanja u oblasti javnih finansija.

4.1. Prioriteti i ciljevi

Oblast zdravstva predstavlja jedan od prioriteta i visoko kotiranih zadataka javnih politika svih država članica. Na zdravstvenu praksu nacionalnih država, veliki uticaj imali su i izvesni propisi Unije, koji se nisu najneposrednije odnosili na zdravstvenu politiku,³⁰ ali čiji su efekti, de facto, imali posledice po njihovo poboljšanje i približavanje. Na to su uticali i izvesni sektorski zdravstveni programi. Jedan od značajnih podsticaja zajedničkim evropskim merama u oblasti zdravstva, predstavljalo je osnivanje Generalne direkcije za zdravlje i zaštitu potrošača (mada se ona većim delom bavi politikama zaštite potrošača) 1999. godine, s obzirom da je omogućilo Uniji preuzimanje određenih zdravstvenih kompetencija.

Kvalitet i dugoročni razvoj zdravstvene zaštite postala su ključna pitanja u pogledu tešnje saradnje među zemljama članicama. Odlukom Evropskog saveta u Geteburgu (jun 2001), Komiteti za socijalnu zaštitu i za privrednu politiku trebalo je da se pozabave izazovima društva koje stari i da sastave prvi izveštaj za prolećnu sednicu Evropskog saveta 2002. godine, o ciljevima u oblasti zdravstva i nege starih. Izveštaj se završavao zaključkom da se sistemi zdravstva i dugoročne nege u EU, usled demografskih, tehnoloških i finansijskih promena, suočavaju sa izazovima koje treba da savladaju, pri čemu su sledeće teme od posebne važnosti: jednakost pristupa svima bez obzira na primanja i imovinsko stanje, visoki standard i finansijska dugoročnost sistema nege.

Ova tri široko postavljena cilja potvrdio je Savet EU u prvom Izveštaju za orijentaciju o zdravstvu i nezi starih koji je upućen Evropskom savetu u Barseloni, koji je takođe istakao da svi sistemi zdravstva u EU počivaju na principima solidarnosti, pravednosti i univerzalnosti i istakao potrebu detaljnijeg proučavanja pitanja pristupa, kvaliteta i finansijske dugoročnosti. Komisija je na osnovu upitnika koji je poslat zemljama članicama sačinila zajednički Izveštaj o nacionalnim strategijama za obezbeđivanje visokog nivoa zdravstvene zaštite, u kome je s obzirom na visok udeo sistema zdravstva i nege u javnim izdacima, istaknuta potreba da se obezbedi finansijska dugoročnost i izvrše reforme.

„U evropskoj socijalnoj politici se temama zaštite na radu i sigurnosti na radnom mestu pridaje velika važnost. Zaštita zdravlja na radnom mestu se ne ograničava samo na sprečavanje nezgoda ili profesionalnih bolesti, nego obuhvata i telesno, duševno i socijalno blagostanje, koji igraju važnu ulogu u kvalitetu rada i produktivnosti radne snage. Razvijena je nova strategija zajednice u pravcu sigurnosti na radnom mestu za period 2002–2006. godine, koja je usklađena sa

³⁰ U pitanju su Direktiva o lekarima i Direktiva o radnom vremenu. Direktiva o lekarima doneta je u kontekstu promovisanja slobodnog kretanja radnika. Njom je omogućeno gotovo automatsko priznavanje medicinskih kvalifikacija (pod izvesnim uslovima). Direktiva o radnom vremenu, usvojena 1993. godine, ograničila je radno vreme na 48 časova nedeljno i ustanovila periode minimalnog odmora tokom radnog vremena.

transformacijom društva i sveta rada. Strategija se bazira na jednom opštem konceptu za blagostanje na radnom mestu na osnovu preventivnih mera i sklapanja partnerstva među svim učesnicima u oblastima zaposlenje, zdravstva i sigurnosti“ (EUROSTAT – Kurzfassung, 2003: 13).

Zaključni deo Izveštaja Komisije tiče se preporuka za naredni period. To se pre svega odnosi na potrebu dalje koordinacije i isticanja pozitivnih rešenja koja se mogu primeniti u više zemalja, imajući pritom u vidu činjenice koje se tiču stanja na polju zdravstvene zaštite i nege u budućim članicama Unije. Korišćenje praktičnih iskustava i koordinacija rada u okviru jedinstvenog tržišta zajedničkim merama ne znači ograničenja nacionalnog suvereniteta u kreiranju zdravstvene politike, već pokušaj da se pronađu najpovoljnija rešenja za evidentne probleme na polju dostupnosti, kvaliteta i finansiranja naraslih potreba. U tom smislu, potrebno je dalje razvijati menadžment u zdravstvu koji se bazira na dobroj informativnoj bazi i razmeni podataka, s obzirom na slobodu kretanja i zapošljavanja na prostoru Unije. Imajući u vidu navedene karakteristike sistema zdravstvene zaštite i izazove na koje treba ponuditi prihvatljiva rešenja, evidentna je aktuelnost pitanja i potreba daljeg razvoja nacionalnih strategija sa elementima njihove koordinacije od strane nadležnih organa Unije.

Uske veze između socio-ekonomskih faktora (naročito obrazovni nivo, struktura porodice, rodna ravnopravnost, prihodi i zaposlenje) i zdravstva doprinose nejednakostima u zdravstvenom stanju stanovništva pojedinih zemalja. I pored toga što se ne mogu u potpunosti otkloniti aktivnostima zdravstvenih sistema, jer se pre svega tiču društvenih nejednakosti u širem smislu, one doprinose socio-ekonomskim determinantama zdravstva. Otuda politika koja unapređuje zaposlenost, poboljšava kvalitet radnih mesta ili pokušava da ukloni nejednakosti, može značajno poboljšati zdravstveno stanje stanovništva. Pored zdravstvene politike i socijalna i politika zaposlenja zajedno sa ekonomskom politikom mogu značajno doprineti postizanju i održanju dobrog zdravlja, pa među njima treba naći efekte sinergije na koje utiču socio-ekonomske i ekološke determinante zdravstva i bolje ih iskoristiti za stvaranje dobrih i zdravih uslova života svih u svim periodima života.

4.2. Strateška opredeljenja

U maju 2000. godine, usvojeno je Saopštenje o (prvoj) zdravstvenoj strategiji na nivou EU. U njemu je konstatovano da je „uloga Zajednice u javnom zdravlju da dopuni napore država članica, da doda vrednost njihovim akcijama i naročito da se bavi problemima koje države članice ne mogu same da reše“ (Commission of the European Communities, 2000: 5). Kao osnovni izazovi u funkcionisanju zdravstvenih sistema svih država članica, identifikovani su visoki troškovi zdrav-

stvene zaštite, demografski trendovi, razvoj medicinske tehnike i tehnologije, kao i uvećana očekivanja populacije. Stoga je lansirana Strategija zdravstva sa osloncem na „poboljšanje informacija o zdravlju i svesti o daljem razvoju javnog zdravlja; jačanju mogućnosti da se brzo i koordinirano reaguje na velike opasnosti za zdravlje; fokusiranju na mere koje unapređuju zdravlje i sprečavaju bolesti“ (Vuković, 2005: 172). Usledilo je i usvajanje Akcionog programa Zajednice o javnom zdravlju 2002. godine.³¹ Kao osnovni ciljevi ovog programa definisani su: obezbeđivanje zdravstvenih informacija; brzo reagovanje na pretnje po zdravlje; i promovisanje zdravlja, kroz bavljenje zdravstvenim determinantama (Duncan, 2002).

Proces evaluacije dometa Strategije, započet 2004. godine, imao je za posledicu razvijanje nove Strategije u oblasti zdravstva, na osnovama premise bazične odgovornosti nacionalnih država za zdravstvo i politiku u zdravstvu. To potvrđuje stav da „evropske države članice imaju primarnu odgovornost za zaštitu i poboljšanje zdravlja svojih građana. Kao deo te odgovornosti, na njima je da donose odluke po pitanju organizacije i pružanja zdravstvenih usluga i zdravstvene zaštite“ (European Commission, 2007: 2). Ovom Strategijom postavlja se i okvir za proširenje zdravstvenih nadležnosti Unije, ali ne izvan principa supsidijarnosti: „[...] postoje brojni zdravstveni problemi, naročito oni sa prekograničnom ili međunarodnom dimenzijom, kao što je sprečavanje pandemija ili kretanje pacijenata ili zdravstvenih stručnjaka, tamo gde države članice same ne mogu delovati efektivno i gde je akcija saradnje na nivou EU nužna“ (European Commission, 2007: 2).

Težište Strategije predstavljaju tri polja: 1. razvijanje zdravstvenih službi i usluga; 2. uklanjanje pretnji po zdravlje stanovnika Unije; 3. inkorporiranje problematike zdravlja u sve politike Unije (European Commission, 2007). Komplementarno sa tim, njen fokus predstavljaju tri elementa: „core problemi [...], zdravlje u svim politikama i globalni problemi“ (European Commission, 2007: 6). Za svaki od ovih elemenata, definisani su osnovni izazovi, a zatim i niz akcija za njihovo predupređivanje. Osnovni izazov u vezi sa core problemima je obezbeđivanje zaštite i poboljšanja zdravlja za sve građane Unije. Tako, na primer, jedna od predviđenih akcija – smanjivanje nejednakosti u zdravstvu i smanjenje razlika unutar i između država – predstavlja osnov za ujednačavanje zdravstvenog statusa i indikatora, ukoliko bude praćena aspiracijama i merama Unije ka njihovom poboljšanju i održavanju poboljšanja (Perišić, 2008: 26).

Krajem 2007. godine doneta je „Zelena knjiga“ *Zajedno za zdravlje: Strateški pristup za EU 2008–2013*.³² Osnovni principi EU mera u zdravstvu formulisani su na temeljnim principima, od kojih se prvi odnosi na „zajedničke vrednosti“ strategije koje počivaju na: „univerzalnoj pokrivenosti, pristupu kvalitetnoj zaštiti,

³¹ Njegov period važenja je 6 godina, tj. od početka 2003. do kraja 2008. godine.

³² {SEC(2007) 1374} {SEC(2007) 1375} {SEC(2007) 1376}.

pravičnosti i solidarnosti³³. Komisija je posebnu pažnju posvetila zdravlju žena³⁴ i ukazala na prava koja se garantuju Poveljom o osnovnim pravima i drugim dokumentima UN.

Osnovna vrednost je jačanje prava građana, što podrazumeva aktivnu ulogu pojedinca i pacijenata u kreiranju zdravstvene politike, obezbeđenje uslova za zdrav život i smanjenje nejednakosti u zdravstvu. Veliki broj Evropljana živi duže i zdravije od ranijih generacija, ističe se u „Zelenoj knjizi“, ali postoje velike nejednakosti u zdravlju između država članica Unije, regiona i na globalnom planu. Komisija će predložiti mere za smanjivanje nedostataka, što uključuje i promociju zdravlja i razmenu najbolje prakse. Konačno, zdravstvena politika se mora temeljiti na najboljim postojećim naučnim dokazima, na temelju pouzdanih podataka i informacija i relevantnih istraživanja.

U tom cilju predviđen je set mera koje podrazumevaju: donošenje deklaracije o temeljnim vrednostima zdravlja (Komisija, države članice), razvoj sistema indikatora zdravstva sa mehanizmima za prikupljanje jedinstvenih podataka na svim nivoima, uključujući izveštaj o razmeni informacija u zdravstvu (Komisija), dalji rad na tome kako smanjiti zdravstvene nejednakosti (Evropska komisija), promocija programa za povećanje zdravstvenih kompetencija u različitim starosnim grupama (Komisija) (White Paper, 2007: 4).

Drugi princip definisan je kao „Zdravlje je najveće bogatstvo“ (definisa-no kao smanjenje nepravednih nejednakosti u zdravlju). U strategiji za period 2008–2013. godine ističe se nepovoljno stanje na polju zdravlja u 2006. godini i neophodnost da se u predviđenom periodu otklone uočeni problemi. Za postizanje tog cilja definisana je mera: „razvoja programa za analizu ekonomskih odnosa između zdravstvenog stanja, zdravstvenih investicija i privrednog rasta i razvoja (Komisije, države članice)“. Zdravlje u svim politikama, kao princip br. 3 polazi od činjenice da zdravlje stanovništva nije samo tema zdravstvene politike. I druge zajedničke politike imaju značajnu ulogu, kao što su regionalna i politika zaštite životne sredine, oporezivanje duvana, lekovi i standardi kvaliteta hrane, zdravlje životinja, istraživanja u zdravstvu i inovacije, koordinacija sistema socijalne sigurnosti, zdravstvena i razvojna politika, zdravlje i bezbednost na radnom mestu, itd. Navedeni i drugi sektori zajedničke politike imaju svoje mesto i ulogu u ostvarenju strateških ciljeva zdravstvene politike EU. Mere za to su: veća integracija zdravstvenih problema u sve politike na nivou Zajednice i država članica i na regionalnom nivou, uključujući i korišćenje procene uticaja i ocenjivanje instrumenata (Komisija, države članice).

³³ Council Conclusions on Common Values and Principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01).

³⁴ Council Conclusions on Women's Health (2006/C 146/02).

Veće učešće EU u globalnoj zdravstvenoj politici predstavlja četvrti princip strategije do 2013. godine i polazi od stava da će države članice ostvariti bolje rezultate za svoje građane „kroz kontinuirano kolektivno vođstvo“. U savremenom svetu postoji veliki uticaj globalne politike na nacionalne sisteme i zdravstveno stanje stanovništvo i obrnuto. Evropska komisija će usvojene vrednosti, iskustva i znanje usmeriti na poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva i poštovanje globalnih ciljeva, radi smanjenja siromaštva i poboljšanja zdravlja u nerazvijenom svetu. Koordinacija nacionalnih, regionalnih i svetskih organizacija trebalo bi da doprinese jačanju uloge SZO, Svetske banke, MOR, OECD i drugih institucija u rešavanju globalnih problema. Kao mere za postizanje tog cilja, strategija predviđa: jačanje statusa Zajednice u međunarodnim organizacijama i saradnju sa strateškim partnerima i zemljama (Komisija), odgovarajuću uključenost zdravlja u EU – pomoći namenjenih trećim zemljama u skladu sa dogovorenim prioritetima i politički dijalog i sektorskim pristupima koji su razvijeni za spoljnu pomoć, zahtevati sprovođenje međunarodnih sporazuma o zdravlju, naročito Okvirne konvencije Svetske zdravstvene organizacije o kontroli pušenja i Međunarodne zdravstvene propise (Komisija) (White Paper, 2007: 8).

Na osnovu datih principa, Strategija definiše tri osnovna cilja zajedničke evropske zdravstvene politike: unapređenje zdravlja u Evropi koja stari, zaštitu građana od opasnosti po zdravlje i podršku dinamičnim zdravstvenim sistemima i novim tehnologijama.

4.3. Solidarnost i smanjenje nejednakosti

Značajan segment zajedničke zdravstvene politike EU čini stvaranje jednakih mogućnosti i solidarnost u zdravlju.³⁵ Izveštaj Komisije iz 2009. godine ističe napredak u pogledu zdravstvenog stanja stanovništva EU i izazove koji se tiču velikih razlika između država članica. Porast nezaposlenosti i nesigurnost kao posledica globalne ekonomske krize, reflektuju se na pogoršanje stanja, što ukazuje na potrebu definisanja mera za prevazilaženje identifikovanih problema.

Nejednakosti u zdravstvu, prema oceni Komisije ogledaju se, između ostalog, u činjenici da građani EU sa nižim nivoom obrazovanja i kvalifikacija, slabijom zaradom i lošim socijalnim statusom, umiru po pravilu mlađi. Zdravstveno stanje radnika koji obavljaju manuelne poslove ili rutinske radnje, mnogo je lošije od onih na drugim poslovima. Marginalizovane i socijalno isključene društvene grupe, kao što su migranti, pripadnici određenih etničkih grupa, hendikepirana lica i beskućnici, su izrazito lošeg zdravlja.³⁶ U Izveštaju (2009) se navodi da Romi u proseku

³⁵ {SEK(2009) 1396} {SEK(2009) 1397}.

³⁶ SEK(2006) 410.

žive 10 godina kraće od ukupnog stanovništva zbog loše ishrane, diskriminacije, problema u pristupu socijalnim i zdravstvenim službama.

U 2006. Savet je usvojio zaključke o „zajedničkim vrednostima i principima u EU za zdravstvo“³⁷ čiji je cilj bilo smanjenje nejednakosti, poboljšanje pristupa zdravstvenoj zaštiti i razvoj preventivnih programa. Otklanjanje uzroka nejednakosti i jačanje solidarnosti predstavlja takođe jedan od ciljeva evropske strategija (2008–2013). U okviru programa javnog zdravstva, predviđene su mere za smanjenje nejednakosti uključujući i Evropski katalog najboljih praksi.³⁸ Značajan napredak očekuje se od OMK u socijalnoj zaštiti, čiji je jedan od ciljeva smanjenje razlika u zdravstvenom stanju stanovnika država članica. Tu su i posebni projekti i inicijativa za podršku istraživanjima problema u zdravstvu i akcioni programi u okviru PROGRES-a na temu zdravstva. Komisija je ocenila da ranije primenjivane mere nisu dale očekivane rezultate i pozvala države članice na veće angažovanje u cilju smanjenja razlika u zdravstvu i identifikovala osnovne probleme.

Smanjenje nejednakosti u svim oblastima društva podrazumeva obezbeđenje jednakih uslova u svakodnevnom životu, na radnom mestu, u školi i slobodnom vremenu. U ostvarenju postavljenih ciljeva značajnu ulogu imaju nacionalni i regionalni organi vlasti, kao i profesionalna udruženja i drugi nosioci zdravstvene politike. Poboljšanje informacija i razmena znanja, kao i koordinacija strategija u različitim sferama, predstavljaju bitnu komponentu u naporima za smanjenje nejednakosti u zdravstvu država članica EU.

Istraživanja sigurnosti pacijenata i kvaliteta zdravstvene zaštite (Eurobarometer 327) pokazuju da većina ispitanika³⁹ (73%) osnovne informacije o nepravilnostima u zdravstvu dobija preko medija (televizija, novine), a mali broj koristi oficijalne izvore podataka. Opšta ocena kvaliteta zdravstvene zaštite je dobra (70%), pri čemu prednjače Belgija (97%), Austrija (95%) i Finska (91%). U Grčkoj i Rumuniji samo 25% ispitanika ocenjuje kvalitet zdravstvene zaštite u svojoj zemlji kao „dobar“. Na nivou Unije 13% ispitanika Eurobarometra u 2009. godini ocenjuje kvalitet nacionalnih zdravstvenih sistema kao „veoma dobre“ a 57% kao „prilično dobre“, što znači da sedam od deset ispitanika daje dobru ocenu, ali sa različitim nivoima. Ostali ispitanici smatraju da je kvalitet „prilično loš“ (21%) i „veoma loš“ (7%).

Dalji razvoj EU politike u pravcu smanjenja nejednakosti i jačanja solidarnosti, prema mišljenju Komisije (2009) predstavlja bitnu komponentu zdravstvene politike i drugih društvenih sfera. Unija ima instrumente koje će koristiti u tom cilju radi daljeg istraživanja problema i primene utvrđenih mehanizama i mera za

³⁷ ABI. C 146 vom 22.6.2006, S. 1.

³⁸ European Directory of Good Practices to reduce health inequalities, <http://tinyurl.com/ybrpdy2>.

³⁹ Anketa je vršena u periodu od 11. septembra do 5. oktobra 2009. godine u svim zemljama članicama, na uzorku od 26 663 ispitanika.

rešavanje problema. U pogledu postavljenih ciljeva postoji jedinstvo između članica Unije, ali se težina problema različito shvata. U više od polovine država, problemi u zdravstvu nisu u centru političkih rasprava, a nedostaju i sektorske strategije.⁴⁰ U nekim slučajevima strateški principi i mere se ne primenjuju u praksi, pa je potrebno da EU preuzme odgovornost i zadatke u koordinaciji nacionalnih politika.

Kohezioni politika EU ima značajnu ulogu u smanjenju nejednakosti u zdravstvu i ostvarenju Lisabonskih ciljeva. Za ostvarenje stratejskih ciljeva u periodu 2007–2013. godine, državama članicama je na raspolaganju 5 milijardi € iz Kohezionog fonda (1,5% ukupne sume). U međuvremenu, mali broj političkih mera u oblasti EU zdravstvene politike na smanjenju nejednakosti se primenjuje, pa je u budućnosti potrebno učiniti više napora da se to promeni. Komisija u svom izveštaju naglašava potrebu razvoja programa za otklanjanje teškoća u ostvarivanju prava ugroženih grupa i neophodnost poboljšanja njihovog zdravstvenog stanja.

⁴⁰ SEK(2006) 410.

5. Dugotrajna zaštita i nega

Sistemi socijalne sigurnosti u zemljama članicama Evropske unije imaju dugu tradiciju u osiguranju od „klasičnih“⁴¹ rizika. U društvu koje je izloženo snažnim demografskim promenama nastaju novi socijalni rizici, kao što je potreba da se obezbedi dugoročna zaštita – dugotrajna nega (long-term care, LTC).⁴²

Evropljani sve duže žive i boljeg su zdravstvenog stanja, a rastu i očekivanja za obezbeđenje sigurnosti tokom čitavog životnog veka. Visok stepen zaštite od rizika bolesti i tuđe pomoći (zavisnosti) predstavljaju neosporive vrednosti evropskih socijalnih sistema, koje se moraju prilagoditi i sačuvati, pre svega zbog faktora demografskog starenja. Rast socijalnih izdataka i aktuelne reforme usmerene su na stvaranje sigurnih izvora finansiranja i pokrivanje troškova zaštite koji često premašuje sredstva pojedinca ili njegove porodice. Cilj je da se spreči osiromašenje zbog plaćanja za zdravstvo i da čak i osobe s niskim prihodima imaju adekvatan pristup zaštiti (EC, 2008).

Kreiranje mera i programa dugotrajne zaštite u nadležnosti je država članica koje svojim zakonodavstvom uređuju pristup i uslove za ostvarivanje beneficija. Na nivou Unije vrši se koordinacija nacionalnih politika, razvijaju se indikatori za procenu i merenje kvaliteta nege i utvrđuju opšti ciljevi. Na konferenciji „Dugotrajna nega starijih lica“ koja je održana u maju 2005. godine (Luksemburg) istaknuto je da se značajna sredstava usmeravaju na rešavanje ovog društvenog rizika, ali da obezbeđenje zaštite starih ostaje i dalje javna odgovornost u nadležnosti država članica. „U nekim zemljama odgovornost se deli između zdravstva i socijalne zaštite, a u drugima se posmatra kao odvojeni socijalni rizik“ (Expert's Report, 2005: 51).

Nacionalni izveštaji o socijalnoj zaštiti i socijalnoj uključenosti u 2006. godini po prvi put su pored penzija i zdravstvene zaštite obuhvatili i dugotrajnu zaštitu. Na osnovu nacionalnih izveštaja, Komisija je napravila pregled sistema u zemljama članicama (2008. godine), sa stanovišta analize glavnih izazova i strategija za rešavanje problema dugotrajne zaštite, u skladu sa dogovorenim zajedničkim ciljevima.

⁴¹ Prema ILO Konvenciji 102 o minimalnim normama socijalnog obezbeđenja kao osnovnom dokumentu za definisanje i specifikaciju socijalnih beneficija, „klasični“ socijalni rizici su: zdravstvena zaštita, bolest, nezaposlenost, starost, nesreće na radu, obaveza izdržavanja dece, majčinstvo, invalidnost, gubljenje prihoda za udovicu i decu usled smrti hranioca porodice.

⁴² U tekstu se koristi termin dugotrajna zaštita (ili skraćenica LTC), odnosno dugotrajna nega (kao uže značenje).

Države članice Unije su se obavezale da će obezbediti dostupne, kvalitetne i održive sisteme zdravstvene zaštite i dugotrajne nege pod uslovom (j) da ne dovodi do siromaštva i finansijske zavisnosti i nejednakosti u pristupu službama, (k) da kvalitet zdravstvene zaštite i nege, uključujući i preventivnu zaštitu, počiva na standardima i najboljoj međunarodnoj praksi i jačanju odgovornosti profesionalaca u zdravstvu i pacijenata u zaštiti korisnika, (l) da se odgovarajući i visoki kvalitet zdravstvene zaštite i dugotrajne nege ostvaruje na finansijski održivom i racionalnom korišćenju resursa, naročito preko odgovarajućih podsticaja za korisnike i pružaoce usluga, dobrim upravljanjem i koordinacijom između zaštite privatnih i javnih institucija. Održivost dugotrajne nege i kvaliteta zahteva promociju zdravog i aktivnog načina života i dobre ljudske resurse za sektor nege (EC, 2008: 3).

Ne postoji jedinstvena definicija dugotrajne zaštite (long-term care – LTC) u zemljama članicama Unije. OECD⁴³ definiše potrebu za negom kao temu koja dotiče različite političke oblasti, pod kojom je obuhvaćeno mnoštvo beneficija za osobe, koje su pri svakodnevnim aktivnostima u dužem vremenskom periodu zavisne od podrške. Pojam „svakodnevne aktivnosti“ podrazumeva aktivnosti svakodnevne brige o sebi. Tu spadaju kupanje, oblačenje, jelo, ustajanje iz kreveta ili fotelje, odlazanje u krevet, sedanje, kretanje, korišćenje toaleta, kontrola bešike i creva. Generalno se razlikuju tri grupe lica: (1) lica sa telesnim ili mentalnim invaliditetom, (2) lica koja su krhka zbog starosti i (3) posebna grupa lica koja zavisi od pomoći pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Ovi posebni rizici predstavljaju fenomen koji prati druge (klasične) socijalne rizike, kao što su starost, bolest i invalidnost.

Dugotrajna zaštita uključuje rehabilitaciju, osnovne medicinske usluge, kućnu negu, socijalnu zaštitu, stanovanje i usluge, kao što su prevoz, hrana, profesionalne i aktivnosti osnaživanja, a time i pomoć instrumentalnih aktivnosti svakodnevnog života (IADLs).⁴⁴ Usluge nege uglavnom koriste lica sa fizičkim ili mentalnim invaliditetom, kao i stare osobe kojima je potrebna pomoć u svakodnevnom životu. Ocene OECD-a su da je dugotrajna zaštita potrebna pre svega najstarijem delu stare populacije... kod kojih postoji veliki rizik od dugotrajne hronične bolesti, koja dovodi do fizičkog ili mentalnog hendikepa.⁴⁵

Nacionalne definicije dugotrajne zaštite razlikuju se između država članica EU, prema parametrima kojima se definišu dužina boravka, kriteriji zavisnosti od tuđe pomoći i podele između zdravstvenih (medicinskih) i nemedicinskih (socijalnih) službi. U nekim zemljama, naglasak je na ambulatnoj rehabilitaciji, dok je u drugima težište na nezi u bolnicama ili sličnim institucijama. Različiti

⁴³ OECD, 2005 *Long-Term Care for Older People*.

⁴⁴ IADLs – Instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života su aktivnosti vezane za samostalan život i uključuju pripremu jela, upravljanje novcem, kupovinu namirnica ili ličnih stvari, obavljanje lakih ili teških poslova u kući i korišćenje telefona.

⁴⁵ OECD Health Data 2008.

načini organizacije i podele odgovornosti (javna ili privatna), kao i odnos između zdravstvene i socijalne komponente, rezultirali su velikim brojem modela pružanja dugotrajne zaštite, kao i njihovim mestom u sistemu socijalne sigurnosti (socijalne zaštite) u državama članicama EU. Dugotrajna zaštita, po pravilu, obuhvata javnu politiku usmerenu ka socijalnoj uključenosti i socijalnu sigurnost u vidu formalne i neformalne brige. Definicija LTC, usluge i davanja, kao i pokrivenost stanovništva, variraju među državama članicama EU.

Posmatrano na primeru Unije⁴⁶, vidljive su razlike u definisanju potreba za dugotrajnom zaštitom/negom. U nekim državama ne postoji pravno obavezujuća definicija koja se odnosi na „novi socijalni rizik“ koji podrazumeva potrebu za negom ili zaštitom. To ne znači da postojeći socijalni sistem ne obezbeđuje neki vid zaštite, ali je on sadržan u drugim oblastima. To je slučaj sa Bugarskom u kojoj se ne definiše posebno rizik zavisnosti od tuđe pomoći, ali se to indirektno odnosi na invalidnost, ograničenu sposobnost za rad, itd.

U drugoj grupi su zemlje u kojima postoje slična određenja u oblasti nacionalnih sistema socijalnog osiguranja ili socijalne pomoći. Većina zemalja članica ima specifičnu definiciju kako bi ograničila polje socijalnog rizika. Neke od njih se služe definicijom koja se poklapa sa OECD-ovom i zasniva se na ideji instrumentalnih aktivnosti svakodnevnog života (IADL).

Definicije potreba za dugotrajnom zaštitom

Definicija socijalnog rizika / beneficija dugotrajne zaštite	Definicije	Poređenje sa definicijom OECD-a	Zemlje članice
Da	Opšta definicija	Definicija zemlje članice je ista ili detaljnija i diferenciranija od definicije OECD-a	BE, CZ, LV, LU, PT, ES, DE
		Definicija zemlje članice je manje detaljna i diferencirana od definicije OECD-a	CY, DK, EE, FI, IS, LT, NL, SI, SE, AT
	Različiti opisi zavisno od modela/beneficija zaštite		FR, IE, IT, PL, CH, LI
Ne			BG, GR, HU, MT, NO, RO, SK, UK

Izvor: MISSOC, 2009: 9.

U Španiji se rizik određuje na sledeći način: „situacija u kojoj je lice usled starosti, bolesti ili nesposobnosti, gubitka telesne, psihičke ili intelektualne samostalnosti, zavisno od pomoći drugih osoba pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti ili su im u slučaju psihičkog hendikepa ili bolesti potrebni drugi oblici podrške njihove lične autonomije“. Druge zemlje članice koriste apstraktne ili definicije sa

⁴⁶ U analizi su korišćeni rezultati studije MISSOC-a iz 2009. godine.

minimumom. Dobar primer za to je Kipar (CY): „potreba za negom usled psihičke ili fizičke nesposobnosti ili socijalnih neprilika“ (MISSOC, 2009: 10).

5.1. Izazovi demografskog starenja

Demografsko starenje i sve duži životni vek u evropskim zemljama, dovode do rasta troškova za zdravstvo i dugotrajnu negu, koji sa izdacima za penzije prevlađuju u ukupnim socijalnim izdacima. Sa porastom očekivanih godina života stanovništva Unije, raste potreba za dugotrajnom zaštitom, u porodici ili u okviru odgovarajućih institucija. Prema projekcijama demografskih kretanja do 2050. godine, broj starih sa 65 godina i više će se povećati za 77% u odnosu na stanje u 2004. godini. Dramatičan rast od 174% očekuje se u grupaciji lica sa više od 80 godina. Istraživanja Eurobarometra iz 2007. godine, pokazuju da Evropljani smatraju kao verovatno ili moguće, da će u jednom periodu svog života zavisiti od tuđe pomoći i nege. Imajući u vidu očekivane promene, Evropska komisija je projektovala rast izdataka za dugotrajnu zaštitu od 0,7% BDP u 2050. godini u odnosu na 2004. godinu.

Promene u starijoj populaciji EU i SAD (2004–2050)

	Stari 65+			Stari 80+		
	2004.	2050.	% promene	2004.	2050.	% promene
Populacija u milionima						
EU25	75,3	133,3	77,0	18,2	49,9	174
EU15	65,2	114,2	75,2	16,3	44,2	172
EU10	10,1	19,1	89,1	1,9	5,7	193
SAD	36,3	81,5	124,5	10,4	28,7	176
Procenat ukupne populacije						
EU25	16,5	29,4		4,0	11,0	
EU15	17,0	29,4		4,3	11,4	
EU10	13,6	29,2		2,6	8,7	
SAD	12,4	19,7		3,5	7,0	

Izvor: EU podaci Directorate-General for Economic and Financial Affairs, European Commission (AWG projekcije); SAD podaci: US Census for 2004 and UN Population Division projections for the US.

Demografske promene u Evropi rezultat su ekonomskog, socijalnog i medicinskog napretka koji pruža mogućnost da se živi duže i zdravije. Kompleksnost starenja stanovništva ogleda se u promeni odnosa starijih (65 i više godina) prema radno aktivnoj populaciji i mladima i problemima u osiguranju osnovnih socijalnih rizika. Prema projekcijama demografskih promena do 2050. godine (EC, 2006) broj starih (65+) u EU25 porašće sa 73 (2004) na 133 miliona ljudi. Dramatične

promene očekuju se u novim članicama (EU10) u kojima se očekuje rast od gotovo 90% i SAD (124%). Posmatrano prema učešću u ukupnoj populaciji, stari će 2050. godine činiti gotovo trećinu ukupne populacije u EU, odnosno 20% u SAD. Demografsko starenje biće posebno izraženo u porastu dela populacije sa 80+ čiji će broj porasti sa 18,2 miliona u 2004. na gotovo 50 miliona u 2050. godini ili za 174%. Posmatrano prema učešću u ukupnoj populaciji „najstariji stari“ će 2050. godine činiti 11% ukupne populacije u EU25, odnosno 7% u SAD. Stopa starosne zavisnosti (odnos lica sa 65+ i radno aktivnih 15–64) će se udvostručiti i iznosiće 51% u 2050. godini (DG ECFIN, 2006).

„LTC sektor je najintenzivniji sektor tržišta rada“ (Fujisawa, Colombo, 2009) imajući u vidu rast starih u budućnosti i potrebe za dugotrajnom zaštitom, odnosno zapošljavanjem ljudi koji će obavljati poslove nege. Udeo starih u OECD zemljama je u proteklim decenijama porastao sa 9% (1960) na 15% u 2006 (OECD, Health Data 2008). Uočeni trend će se nastaviti u narednom periodu kada „bebi-bum“ posleratna generacija bude dostigla godine za penzionisanje. U 2050. godini, prema OECD projekcijama, lica sa 65 i više godina činiće 26% ukupne populacije u zemljama članicama, dok će se broj starih sa 80+ uvećati 2,5 puta (OECD Demographic and Labour Force Database). Uticaj demografskog starenja na potrebe za zaštitom (ILC) zavisice pre svega od toga, koliki će broj starih biti pogođen nekim vidom hendikepa, odnosno koliko će u svakodnevnom životu zavisiti od tuđe pomoći. Invalidnost se obično meri kroz nemogućnost obavljanja jedne ili više aktivnosti svakodnevnog života (ADL). Neke studije pokazuju da će u pojedinim zemljama doći do pada invalidnosti, ali novija analiza otkriva jasne znake smanjenja učešća starih populacija sa invaliditetom između kasnih 1990-ih i ranih 2000-ih samo u 5 od 12 zemalja OECD-a. Invalidnost je u porastu u Belgiji, Japanu i Švedskoj, a relativno stabilna u Australiji i Kanadi (Lafortune, Balestat, 2007).

Projekcije zavisne populacije

	2004.	2050.			
	milioni	Scenario starenja		Scenario invalidnosti	
		milioni	% promene, 2004–50	milioni	% promene, 2004–50
EU25	12,6	26,1	107	16,5	31
EU15	11,1	22,7	105	14,4	30
EU10	1,6	3,4	119	2,1	34

Napomena: isključujući Grčku, Francusku, Portugaliju, Kipar, Estoniju i Mađarsku za koje nisu bili dostupni podaci.

Izvor: DG ECFIN.

Veliki broj OECD zemalja izdvaja značajna sredstva za finansiranje dugotrajne zaštite, sa značajnim razlikama među državama članicama. U 2005/06. godini

izdaci za LTC činili su 1% izdataka za zdravstvo (9% BDP) u proseku od 24 zemalja OECD, a najviše učešće bilo je u Švajcarskoj (2,3% BDP). Ako se uključe socijalni servisi, onda se ukupno za dugotrajnu negu izdvaja 1,2% BDP.⁴⁷ U većini zemalja finansiranje LTC se vrši u većem delu iz javnih izvora, a Švajcarska je jedina zemlja OECD gde privatni izvori čine većinu sredstava za dugotrajnu zaštitu (60%); zatim slede Portugalija (47%), SAD (37%), Španija (32%) i Nemačka (29%). Prema projekcijama OECD, izdaci za zdravstvo će biti između 2% i 4% BDP u 2050. godini (OECD Health Data, 2008).

Uticaj demografskog starenja na porast troškova za zdravstvenu i dugotrajnu zaštitu u zemljama EU izražava se u vidu porasta javnih izdataka.⁴⁸ U principu, finansiranje dugotrajne zaštite zavisi od organizacije i institucionalnog okvira sistema koji definiše beneficije, pokrivenost i izvore pokrivanja troškova. Konceptualni okvir politike zavisi u značajnoj meri od sistema socijalne sigurnosti, odnosno od toga, da li se dugotrajna nega ostvaruje u zemljama sa Bizmarkovim ili Beveridžovim modelom. Suštinska pitanja uređenja dugotrajne zaštite tiču se mogućnosti slobodnog izbora, načina korišćenja i nadležnosti u organizaciji i kontroli sistema. Tu su i dileme o odnosu institucionalne i individualne kućne nege, odnosno zaštite na nivou zajednice, uloge privatnih i/ili državnih institucija, ocena kvaliteta i finansijska održivost.

U pogledu finansiranja, u nekim zemljama EU postoje obimni javni programi koji se finansiraju kroz sisteme socijalnog osiguranja, dok se u drugim finansiranje vrši putem poreskog sistema ili modela koji zavise od prihoda. Postoje zemlje koje imaju mešoviti model finansiranja i kombinuju prihode iz socijalnog osiguranja sa poreskim, pri čemu se pružanje i nabavka određenih beneficija nege odvija preko različitih budžeta i institucija. Sve je rašireniji konsenzus da za negu mora postojati solidna finansijska baza za koju se mora obezbediti raspoloživost hitno potrebnih sredstava (MISSOC, 2009).

5.2. Modeli dugotrajne zaštite

Primenjeni model dugotrajne zaštite definisan je pravnim okvirom država članica koji određuje pristup socijalnom riziku. U zemljama u kojima preovlađuje model osiguranja, poslodavci i radnici uplaćuju doprinose za pokrivanje rizika, dok se u sistemima socijalne pomoći finansiranje vrši na osnovu poreza i pokrivenost je potpuna ili je obezbeđen najveći deo stanovništva (Barr, 2010). U većini evropskih

⁴⁷ U 11 država za koje su postojali podaci u 2005/06. godini (OECD Health Data, 2008).

⁴⁸ Javni rashodi dugoročne zaštite klasifikuju se na: usluge dugoročne nege (HC.3) koje se odnose na medicinsku komponentu i socijalne servise (HC.R.6.1) koje obuhvataju kućnu pomoć i rezidencijalne ustanove. Statistički podaci u EU članicama prate se u okviru EUROSTAT i paralelno preko OECD podataka (OECD Health Data, 2008).

zemalja primenjuje se mešoviti oblik, tako da se neke beneficije ostvaruju po osnovu osiguranja, a druge u okviru socijalne pomoći. Samo mali broj članica Unije ima „čist“ model, dok univerzalni (integrisani) pristup podrazumeva pokrivanje rizika potrebe za negom u okviru socijalnog osiguranja ili u sistemu socijalne pomoći.

Primeri organizacija dugotrajne zaštite u pojedinim zemljama članicama Unije pokazuju karakteristike primenjenih modela. Prema rezultatima MISSOC studije (2009: 12) Kipar (CY) ima centralistički organizovani, univerzalni sistem nege, koji se bazira na socijalnoj pomoći i finansira iz državnog budžeta. Beneficije zavise od primanja i podležu proveri zavisnosti, što znači da sistem pokriva ona lica čija su primanja⁴⁹ ispod predviđenog minimuma. To u praksi znači da korisnik beneficija mora da deo svoje penzije iz socijalnog osiguranja izdvaja za stacionarnu negu. Primanja i izdaci ličnog budžeta (donacije) koja stoje na raspolaganju korisniku beneficija nadziru se od strane (državnog) socijalnog radnika.

U Belgiji (BE) postoji kompleksan sistem u kome samo stanovništvo Flandrije (zbog jednog zakona) ima univerzalno pravo na negu. Sistem se sveukupno više orijentiše ka sistemu socijalnog osiguranja, što se ogleda u činjenici da svi korisnici beneficija uplaćuju doprinose u tzv. „zorgkas“ (što odgovara kasi za socijalno osiguranje), te doprinosi nisu uslovljeni proverom zavisnosti.

Dobar primer za kombinovani pristup koji se orijentiše i prema sistemu socijalnog osiguranja i modelu socijalne pomoći jeste Litvanija (LT). Ne postoji specifična legislativa na temu nege i potreba za negom se ostvaruje kao deo različitih sistema. S jedne strane kao deo socijalnih beneficija, s druge na osnovu faktora invaliditeta i bolesti (zdravstvo i socijalna zaštita). Sistemi se finansiraju kako putem doprinosa u sistemu socijalnog osiguranja, tako i iz državnog budžeta. Za razliku od dodataka za institucionalnu negu koji podležu proveri zavisnosti, beneficije u novcu ne zavise od visine primanja.

Zakonska regulativa

Zakonska određenja	Klasifikacija	Države članice
Univerzalni sistem zaštite i/ili jedinstvena legislativa za sve građane	Socijalno osiguranje	BE (Flandrija), LU, NL, SE
	Socijalna pomoć	CY, DK, EE, ES, UK
	Kombinacija socijalnog osiguranja i socijalne pomoći	/
Diferencirani pristup (Sistem za negu nije integrisan)	Socijalno osiguranje	CZ, CH, AT, LI
	Socijalna pomoć	HU, LV, MT, RO
	Kombinacija socijalnog osiguranja i socijalne pomoći	BG, FI, FR, GR, IS, IE, IT, LT, NO, PL, PT, SK, SI, DE

Izvor: MISSOC, 2009: 11.

⁴⁹ U ovoj analizi pojam „zavisno od primanja“ se definiše na opšti način i obuhvata zaradu, imovinu, nekretnine i druge vrste primanja. U većini država članica primanje se međutim definiše kao zbir zarade, beneficija podrške, olakšica/bonusa i penzija.

„Skandinavski model“ dugotrajne zaštite (Danska, Norveška, Švedska) karakteriše nadležnost lokalnih organa za pružanje usluga nege, dok se na nacionalnom nivou donose zakoni i vrši kontrola, finansiranje zdravstvene i socijalne politike, uključujući i zaštitu starih. Zakon o socijalnim službama bliže uređuje pitanja nadležnosti opština, a u većini slučajeva svi stanovnici imaju pravo na osnovnu pomoć u kući i institucionalnu zaštitu. Lokalne vlasti su obavezne da sprovedu programe prevencije i promovišu zdrave stilove života. Osnovni pravac u zaštiti starih je usmeren na što duži boravak u kući i osposobljavanje za samostalan život bez pomoći drugih, dok god je to moguće (Karlssoon, Iversen, Oien, 2010: 4).

Za organizaciju sistema dugotrajne zaštite od posebne su važnosti pitanja sadržaja beneficija, kao što su: oblici pružanja usluga (stacionarni ili otvoreni-ambulantni), forme pomoći (novčana davanja kojom korisnik raspolaže i bira sam uslugu, ili već definisani paket prava), odnos zdravstvenih i socijalnih službi (jedinstveni pristup ili odvojeno organizovanje zaštite i nege) i prilagođavanje promenama u skladu sa projektovanim demografskim kretanjima i mogućnostima finansiranja. U svim državama članicama postoje propisani uslovi za ostvarivanje zakonom predviđenih beneficija u novcu ili naturi, i oni zavise od provere zavisnosti od tuđe pomoći, starosne granice, dužine isplate, itd. U većini država članica EU, sa izuzetkom Austrije, Belgije, Nemačke, Islanda, Velike Britanije, Italije, Irske i Grčke, ne postoji vreme čekanja ili rokovi kao preduslovi za korišćenje beneficija.

Provere zavisnosti su važan element u zemljama kao što su Austrija, Belgija, Velika Britanija, Kipar, Mađarska, Litvanija, Slovačka i Poljska, u kojima se pruža socijalna pomoć umesto beneficija socijalnog osiguranja. U ovim zemljama se vrši provera prihoda i beneficije se odobravaju onima čija su primanja ispod određene minimalne granice. Ovi modeli, koji se zasnivaju na proveri zavisnosti, finansiraju se iz poreza.

Bugarska, Grčka, Island, Letonija, Litvanija, Holandija, Norveška, Švedska, Švajcarska i Nemačka ne sprovode provere prihoda, već se oslanjaju na davanja koja se finansiraju iz sistema socijalnog osiguranja. U većini zemalja članica EU27 postoje odrednice o starosti, odnosno godinama života kao uslovu za ostvarivanje beneficija. Izuzetak čine Kipar, Češka, Danska, Finska, Nemačka, Island, Italija, Letonija, Litvanija, Holandija, Švedska, Španija i Norveška. Trajanje beneficija je u najvećem broju evropskih država neograničeno, kao što je to slučaj u Portugaliji, Norveškoj, Holandiji, Poljskoj, Grčkoj, Nemačkoj, Estoniji, Danskoj, Bugarskoj, Kipru, Italiji, Češkoj i Španiji (MISSOC, 2009).

Troškovi nege su veoma veliki, tako da ona predstavlja veliko opterećenje za većinu starih i njihovih porodica. U nekim državama Unije, postoje propisi kojima je predviđeno lično pokrivanje dela troškova ili se neke usluge ne finansiraju. Kako bi se smanjili direktni individualni troškovi za dugotrajnu zaštitu, uvode se mehanizmi koji predviđaju zavisnost od prihoda ili oslobađanje plaćanja za neke kategorije (invalidi, lica sa hendikepom, hronični bolesnici). Dodatna sredstva za

smanjenje ličnih troškova obezbeđuju se u budžetu i za domaćinstva sa niskim prihodima isplaćuju se na bazi modela socijalne pomoći (u Francuskoj, Holandiji, Belgiji, Mađarskoj i Nemačkoj).

Sa izuzetkom Letonije (MISSOC, 2009) sve države članice Unije predvidele su novčana davanja za slučaj potrebe za dugotrajnom negom. Visina beneficija u novcu određena je kroz različite indikatore i šeme. Najviše se koristi čvrsta regulativa koja je eksplicitno navedena u odgovarajućim zakonima i propisima (u Nemačkoj, Grčkoj, Irskoj, Litvaniji, Portugaliji, Rumuniji, Španiji, Sloveniji, Švajcarskoj i u Velikoj Britaniji). Druge države članice isplaćuju novčane beneficije kao sumu koja se izračunava u procentima, prema penzijskim uplatama korisnika (Bugarska i Grčka). U drugim zemljama, visina beneficija određuje se prema odgovarajućoj zavisnosti i/ili vrsti usluge (Kipar, Italija, Luksemburg, Holandija, Norveška, Poljska i Slovačka).

U državama u kojima se finansiranje dugotrajne zaštite obezbeđuje po osnovu socijalnog osiguranja, ostvarivanje prava vezuje se za uplatu doprinosa. U nekim zemljama (Nemačka, Austrija) postoje posebna izdvajanja za pokrivanje rizika nege (od sredine 1990-ih), ali ona u većini slučajeva ne pokrivaju ukupne troškove, koji u društvu koje stari, imaju tendenciju stalnog rasta.

5.3. Pružanje usluga

Obezbeđenje kvalitetne dugotrajne zaštite predstavlja važnu komponentu zajedničke brige o starima u zemljama Evropske unije. Istraživanja pokazuju da (EC, 2008) postoji nezadovoljstvo pruženim uslugama, zbog neadekvatnog stambenog prostora, ograničene privatnosti u domovima starih, do nesavesne upotrebe fizičke sile. Te zamerke su bile razlog za zakonske promene u cilju uspostavljanja visokih standarda i adekvatne kontrole pružene zaštite. Merenje kvaliteta nije jednostavno i uključuje stanje u javnim i privatnim domovima i bolnicama, kao i usluge u sopstvenoj kući od strane članova porodice, rođaka ili privatno angažovanih negovateljica. Klasifikacija OECD indikatora obuhvata strukturu (veličina sobe i broj zaposlenih), proces (postojeći mehanizmi i procene) i rezultat (zastupljenost pojedinih bolesti). Oni ukupno pokazuju tendenciju poboljšanja kvaliteta u dugotrajnoj zaštiti.

Obezbeđenje višeg nivoa pruženih usluga, umesto minimalnih uslova, nalazi se u središtu problema dugotrajne zaštite. To uključuje sveobuhvatnu i kvalitetnu negu, prava pacijenata na slobodan izbor i zaštitu ličnih interesa, kao i kontinuirano obrazovanje angažovanog osoblja. U isto vreme, teško je osigurati visoke standarde u pogledu potrebnog personala i njihovog obrazovanja, imajući u vidu javne institucije i privatno zbrinjavanje. Veliki broj zemalja ulaže napore da prilagodi svoje sisteme dogovorenim standardima, kako bi se pružile veće

mogućnosti izbora korisnicima u korišćenju adekvatne zaštite i kvalitetne nege. Poslednjih godina postalo je posebno aktuelno pitanje angažovanja „neprofesionalnih negovateljica“ zbog porasta potreba i nemogućnosti da se one zadovolje u okviru formalnog sektora. Većina država članica Unije se odlučuje za fleksibilniji pristup i ulaganje u njihovu edukaciju, kako bi se zadovoljile potrebe pacijenata i obezbedilo usklađivanje obaveza na poslu i u porodici.

„Principijelno će neplaćeni i nepriznati rad u porodici ostati najvažniji oblik nege za zavisne, ali uvedeni su dodatni podsticaji za to da se neprofesionalni negovatelji ubuduće odluče za to da svog rođaka neguju u kućnom okruženju. To podrazumeva situacije u kojima lice sa potrebama, koje je zavisno od nege svojih bližnjih, kao poslodavac može da odlučuje o zapošljavanju i otpuštanju osoblja nege i vremenski planira i nadzire obavljanje usluga od strane onih koje je zaposlio“ (MISSOC, 2009: 16–17).

Mere koje se preduzimaju u tom pravcu veoma su različite. U nekim državama korisnici nege nemaju garantovana prava na samostalan izbor (Mađarska, Italija, Holandija, Litvanija, Portugalija i Belgija), ali to ne znači da nisu zaštićeni. U tim slučajevima se u okviru radnog prava donose mere za bolje usaglašavanje posla i porodice, koje omogućavaju zaposlenima da uzmu specijalni odmor kako bi negovali svoje bolesne i/ili zavisne rođake. U nekim državama odsustvo sa posla radi nege člana porodice se ne plaća, dok u drugima državama članicama Unije država obezbeđuje pomoć u primanjima. Drugu grupu zemalja čine one u kojima se obezbeđuju novčane beneficije (Velika Britanija, Estonija, Malta, Poljska, Švajcarska, Bugarska, Finska, Slovačka). U nekim zemljama se vreme angažovanja na pružanje usluga nege posebno obračunava u određenju visine penzija (Nemačka, Španija, Češka) ili se primenjuju povoljniji kriteriji za taj period (Grčka). Poslednja grupa zemalja uzima u obzir da su negujući članovi porodice zaposleni putem ugovora o radu i tretira ih preko sistema socijalnog osiguranja (Francuska, Bugarska, Slovenija).

Obezbeđenje dugotrajne zaštite može se vršiti na više načina. Neki korisnici se odlučuju za formalni oblik kućne nege koji organizuju agencije ili institucije, kao u Holandiji, Norveškoj ili Švedskoj. Druge zemlje poput Austrije ili Nemačke na indirektan način podstiču neformalnu negu putem naknada zavisnim osobama, koje kroz ovaj oblik finansijske podrške mogu da plaćaju svoje neprofesionalne negovatelje. „U Nemačkoj je u 2007. godini 2,25 miliona ljudi (2,7% od 82 miliona stanovnika) imalo potrebe za negom i uslugama koje pokriva sistem LTC osiguranja.⁵⁰ Od tog broja, 68% (1,54 miliona) je koristilo usluge nege u kući, a ostatak (709 000) bilo je u institucijama dugotrajne nege. Od onih kojima je pružena pomoć u kući, jedan milion (ili 65%) je bilo negovano od (nepoznatog broja)

⁵⁰ Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2008.

članova porodice ili neformalnih negovatelja, a preostalih pola miliona od strane 236 000 radnika u ambulatnoj zaštiti“ (Kluzer, Redecker, Centeno, 2010: 31).

Za osobe koje zavise od kućne nege, uređeno je mnoštvo programa na bazi novčanih beneficija, koje omogućava pacijentima i njihovim porodicama samostaliju organizaciju nege. Švedska je uvela sistem koji pacijentima omogućava da slobodno biraju između privatnih i javnih organizacija i institucija.

Dugotrajna nega u zajednici (Community care)

Glavne oblasti	Područja primene	Ključni elementi
Community care u neformalnoj sferi	Zaposlenost	Radno pravo Model radnog vremena (zaštite)
	Finansijska potpora	Plaćanje u gotovom: putem poreza ili socijalnog osiguranja Naknada za negu
	Migracije	Pravo na rad Socijalna prava
Community care od strane profesionalaca	Socijalna potpora	Socijalna uključenost Participacija
	Zdravstvene usluge	Medicinske službe Službe zaštite
	Centri za delimičnu zaštitu	Dnevna zaštita Noćna zaštita
Rezidencijalna (domska) zaštita		Odeljenja za nemoćne osobe Odeljenja za mentalno obolele Jedinice nege
Kvalitet i izbor	Izbor	Pristup Prihvatljivost Dostupnost
	Kvalitet	Bezbednost Obuka kadrova Odnos negovatelja prema pacijentu

Izvor: UNICE, 2010: 16.

Oko 70% budžeta za medicinsku zaštitu u EU troši se direktno na zarade profesionalaca u zdravstvu.⁵¹ Samo mali deo ukupne sume usmeren je na dugotrajnu negu, u javnom i privatnom sektoru. U zemljama OECD između 55% i 85% javnih izdataka za LTC troši se za institucionalnu negu, dok su podaci koji se odnose na neformalno pružanje usluga nepoznati ili ograničeni. Kakav će vid pružanja usluga biti dominantan u zemljama članicama Unije, zavisi i od karaktera socijalnog sistema. U nordijskim državama, prevladuje koncept prema kome se

⁵¹ Green Paper on the European Workforce for Health, COM (2008) 725, p. 3.

dugotrajna nega smatra osnovnim socijalnim pravom, dok u zemljama na jugu dominira filozofija pružanja zaštite u uslovima kada lice nije u mogućnosti samo da pokrije troškove nege u privatnom aranžmanu. U skladu sa tim postoji mešavina formalnog i neformalnog sektora u obezbeđenju dugotrajne zaštite u evropskim državama (Rothgang, Engelke, 2008).

Rast potreba za pružanjem usluga nege, ograničene mogućnosti porodice i sve manji broj radno aktivne populacije u zemljama članicama EU, reflektuje se na strukturu radne snage koja se angažuje na poslovima pružanja nege. Pored posebno edukovanih kadrova u strukturi pružalaca usluga je sve više lica bez adekvatnih kvalifikacija, migrantskog porekla i žena. U Nemačkoj porodice najčešće angažuju negovateljice iz drugih država za obavljanje poslova u kući. Broj zaposlenih, legalno ili ilegalno, na ovim poslovima u Nemačkoj nije precizno utvrđen, ali se procene kreću između 50 000 i 100 000 ljudi, od kojih je najveći broj žena iz istočno evropskih država. Ilegalan rad povezan je sa velikim brojem rizika na strani lica koja pružaju negu i onih kojima je pomoć potrebna. Zaposleni na poslovima nege uglavnom su isključeni iz socijalne sredine, imaju ograničene kontakte, neregulisano radno vreme i slabe mogućnosti da nauče jezik. U profesionalnom sastavu zaposlenih na poslovima dugotrajne zaštite žene čine većinu. U Nemačkoj 87% zaposlenih u zdravstvenoj zaštiti su žene, dok istraživanja u Austriji pokazuju da je samo 3–8% muškaraca angažovanih na poslovima nege (Reidl, Schaffer, Woitech, 2006: 27).

Kvalitet usluga dugotrajne zaštite je već danas važna tema u kontekstu potrebe za negom, koja će u budućnosti još dobiti na značaju. Jasno je da će manjak osoblja u budućnosti značajno uticati na kvalitet nege. Stoga će odgovorni u političkim sistemima biti prinuđeni da posvete više pažnje uslovima zarade i rada kao i infrastrukturi, kako bi ubuduće privukli više kvalifikovanog personala (OECD, 2005: 13). Metode i instrumenti putem kojih se trenutno uvode mere za poboljšanje kvaliteta su različiti, ali se mogu podeliti u tri grupe: (a) mehanizmi procene, (b) sistemi za dozvolu i akreditaciju i (c) kontrola kvaliteta i procesi menadžmenta kvaliteta.

Standardi kvaliteta za strukture, procese i rezultate usluga zaštite kao i sistemi nadzora kvaliteta u kombinaciji sa merama akreditacije kvaliteta su samo neki od instrumenata koji stoje na raspolaganju državama članicama kako bi dugoročno obezbedili visok kvalitet nege. Još jedan instrument za poboljšanje kvaliteta su kliničke smernice iz medicine zasnovane na dokazima („evidence-based medicine“). I modeli nege orijentisani prema pacijentu putem individualizovanih usluga koje pacijenta jače uključuju u proces odlučivanja doprinose kvalitetu. Kako bi se sprečilo da kvalitet zaštite izrazito varira u različitim regionima, čime bi na pacijente uticale regionalne ili lokalne službe, mnoge zemlje koriste jedinstvene mehanizme za obezbeđivanje kvaliteta (OECD, 2005). I pored toga što se države članice Unije slažu u tome da je kvalitet važan aspekt dugotrajne zaštite i nege,

pošto ne postoji evropski okvir za kvalitet, inicijativi država članica prepušteno je na koji način će integrisati temu kvaliteta“ (MISSOC, 2009).

Kontrola pruženih usluga i ocena njihovog kvaliteta predstavljaju važnu komponentu nacionalnih sistema dugotrajne nege. Jedan broj država (Belgija, Francuska, Mađarska, Nemačka, Luksemburg i Malta) formirale su nezavisne službe za evaluaciju, dok druge zemlje (Nemačka, Švedska) saraduju sa evropskom Health Assessment Network-om. U Francuskoj je 1999. godine u sklopu reforme tarifne politike uvedena sistematska procedura samoprocene, a kasnije i poseban instrument (ANGELIQUE) koji ima više od 100 jedinica i može se dopuniti eksternom evaluacijom. On ne zamenjuje uobičajene inspekcije čije je težište na pravima pacijenata. U Češkoj nezavisna služba za akreditaciju „United Accreditation Commission of the Czech Republic“ (SAK CR) procenjuje kvalitet zdravstvenih usluga u bolnicama. Na Kipru je na osnovu nacionalnih studija razvijena nova pravna baza za to da se kućna nega organizuje preko privatne prakse, da se definišu standardi i modeli i formulišu preporuke za poboljšanje kvaliteta zaštite (EC, 2008).

5.4. Beneficije

Obezbeđenje dugotrajne zaštite pretpostavlja dobru koordinaciju službi koje se bave pružanjem usluga i stvaranjem mogućnosti slobodnog izbora lica koje zavisi od tuđe pomoći i nege. Donošenje odluke o merama koje treba preduzeti predstavlja kompleksan proces usklađivanja medicinskih i socijalnih službi, i želja korisnika. Koordinacija u pristupu i obezbeđenju kvalitetne i efikasne zaštite podrazumeva usklađenost mera na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou, između raznovrsnih službi koje nude usluge. Poslednjih godina zemlje EU rade na usklađivanju medicinskih i socijalnih službi i stvaranju uslova za proširivanje tržišta koje nudi usluge nege.

U mnogim državama članicama Unije ne postoji jasna podela u pogledu nadležnosti i vrste usluga koje pružaju zdravstvena i socijalna zaštita. Pokrivanje osnovnih rizika razvijalo se u okviru posebnih sistema, pa su otuda razumljivi problemi u obezbeđenju jedinstvenog pristupa u pružanju dugotrajne nege. Na evropskom nivou postoji potreba da se radi na daljoj dogradnji politike i zajedničkih ciljeva, koji uključuju i dogradnju regulative radi prevazilaženja postojećih prepreka zbog podvojenosti medicinske i socijalne zaštite. Tu su i pitanja koja se tiču definisanog „paketa usluga“ koji se nudi u okviru nacionalnih sistema dugotrajne nege.

Definisanje osnovnih prava i preduslova za ostvarivanje beneficija u državama EU u nadležnosti je države. Novčana davanja i prava na usluge u naturi predstavljaju osnovnu sadržinu beneficija, pri čemu se najčešće sreću rešenja koja predviđaju kombinaciju različitih mera. Tu su i pitanja organizacije javnih službi (kućna nega,

stacionarna zaštita, druge usluge otvorenog tipa) i regulisanje delovanja privatnih/neprofesionalnih institucija koje se finansiraju iz budžeta ili rade na bazi profita. U zemljama koje su se odlučile za sistem usluga u naturi (Danska, Estonija, Island i Letonija) usluge se obezbeđuju od strane javnih i privatnih institucija.

U Estoniji (EE) „univerzalni sistem zaštite predviđa isključivo beneficije u naturi. U okviru programa socijalne pomoći korisnici imaju pravo na (1) kućnu negu (pomoć pri čišćenju u domaćinstvu, kupovini, nabavci lekova, druge vrste robe za svakodnevnu upotrebu, drvo za ogrev, benzin, informacije i podrška pri obavljanju administrativnih poslova), (2) delimično stacionarnu zaštitu (institucije za dnevni boravak), (3) stacionarnu zaštitu i negu (domovi za stare i za negu, institucije za osobe sa invaliditetom i starije) i/ili (4) druge beneficije (npr. tehničke uređaje (uključujući proteze) koje finansiraju državne ili lokalne zdravstvene službe)“ (MISSOC, 2009: 32). Od svih zemalja EU, jedino u Belgiji (Flandrija) postoji mogućnost isključivog pružanja beneficija u novcu. Ovaj program (*zorgverzekerling*) predstavlja paušalnu isplatu kojom korisnik slobodno raspolaze. Materijalno zbrinjavanje obavljaju privatni pružaoci usluga ili lica bliska zavisnoj osobi (neprofesionalni negovatelji).

Postoje i rešenja koja predviđaju kombinaciju nekoliko vrsta beneficija i/ili da zamene jednu vrstu sa drugom. „U Holandiji (NL) postoji univerzalni sistem nege (koji se bazira na socijalnom osiguranju u zdravstvu), u kome se pružaju beneficije kako u naturi tako i u novcu. Pravna regulativa pre svega predviđa beneficije u naturi, ali osiguranicima daje mogućnost da se odluče protiv beneficija u naturi a za personalizovani budžet, iz kojeg samostalno mogu da kupuju usluge nege. U Nemačkoj (DE) korisnik može slobodno da bira između beneficija u novcu i u naturi. Beneficije u naturi pružaju ambulante ili stacionarne institucije za negu ili pojedinačni negovatelji koji su zaključili ugovor sa osiguravajućom kompanijom. Ako korisnik želi da se sam postara za negu, on dobija novac za negu, kako bi sam organizovao potrebnu osnovnu negu i pomoć u domaćinstvu na odgovarajući način. Moguća je kombinacija beneficija u novcu i u naturi“ (MISSOC, 2009: 33).

Pružanje usluga dugotrajne zaštite vrše institucije u javnom i privatnom sektoru i većina zemalja članica EU priznaje formalnu i neformalnu zaštitu, pri čemu neke zabranjuju angažovanje neformalnog sektora u medicinskom tretmanu (Nemačka). Na tržištu onih koji nude usluge nalaze se državne institucije, privatni sektor i nevladine organizacije, a široko je rasprostranjen model kombinacije sve tri sfere. Poslednjih godina aktuelan je „integrisani“ pristup koji obuhvata mere prevencije, aktivno starenje, socijalnu pomoć, održavanje samostalnosti, zdravstvene usluge i zbrinjavanje umirućih (end-of-life care). Potreba za negom se obično delegira sa državnog na regionalni nivo (Nemačka, Španija, Švedska, Velika Britanija). Integracija usluga vrši se centralnom ili lokalnom nivou, a jedan broj zemalja je u fazi izrade integrisanog modela (Mađarska, Letonija, Malta, Poljska) ili su već završile sa ovim procesom (Belgija, Nemačka, Španija, Finska).

Oblast zbrinjavanja i mogućnosti izbora (usluga)

Interdisciplinarni pristup (beneficije u naturi i/ili novcu?)	Organizacija (sloboda izbora ponuđača / troškova / usluga)	Države članice
Samo beneficije u naturi	Samo državna	/
	Samo privatne institucije i/ili neprofesionalni negovatelji	/
	Kombinacija javnih i privatnih institucija i negovatelja	DK, EE, FR, IS, LV
Samo beneficije u novcu	Sloboda izbora na koji način se mogu potrošiti donacije	BE
	Ne postoji sloboda izbora na koji način se mogu potrošiti davanja	/
Kombinacija beneficija u naturi i u novcu	Mogućnost da se izabere beneficija i/ili kombinuje i/ili da se zamene obe beneficije	CY, IE, LU, MT, NL, PL, RO, SK, SI, SE, CH, DE
	Ne postoji mogućnost da se izabere beneficija i/ili kombinuje i/ili da se zamene obe beneficije	BG, CZ, FI, GR, HU, IT, LT, NO, PT, ES, UK, AT, LI

Izvor: MISSOC, 2009: 31.

Ocena, planiranje, organizacija, koordinacija i kontrola usluga nege u dužem vremenskom periodu, u određenoj instituciji ili u određenoj oblasti vrši se primenom sveobuhvatne i sistematične procedure u okviru „Care Management-a“. U nekim zemljama primena ovog principa je već razvijena (Holandija, Velika Britanija, Nemačka, Austrija, Italija, Francuska, Švedska, Finska, Danska) i usmerena je na povezivanje i koordinaciju svih aktera u cilju zadovoljenja individualnih potreba korisnika dugotrajne zaštite (Leichenring, 2004: 6). *Case* ili *Care Management* se primenjuje u različitim sredinama, u odeljenjima i jedinicama za socijalne usluge, bolnicama, interdisciplinarnim gerijatrijskim i psihijatrijskim timovima, primarnom zdravstvenom zbrinjavanju, nezavisnim službama i nezavisnim akterima.

Zemlje članice su pokrenule niz inicijativa za implementaciju koordinisane zaštite, pri čemu se polazi od saznanja da je naročito važno da se pacijenti registruju kod svojih kućnih lekara/lekara opšte prakse, koji su polazna instanca pristupa sistemu. Lekar je zadužen za preventivnu negu i lečenje i predlaže početak korišćenja drugih usluga zaštite. U Belgiji je već etabliran oblik nege orijentisan prema pacijentu za koje postoji mnoštvo alternativa. Zbog manjka informacija i nepostojanja dobre koordinacije službi za pružanje usluga dugotrajne nege, formirani su državno priznati uslužni centri ISD („Integrated Service for Care at Home“ / „Service Intégré de Soins à Domicile“) koji organizuju interdisciplinarnu saradnju među službama i za osobe kojima su potrebni složeni oblici nege (EC, 2008).

U Nemačkoj su uvedeni tzv. centri za podršku nege, što znači da zavisne osobe imaju zakonom garantovano pravo na individualno i sveobuhvatno savetovanje

o nezi, koje ide u pravcu *Case Management*-a. U Litvaniji lekari obaveštavaju radnike u socijalnim službama lokalnih uprava o slučajevima nege, koji, uzimajući u obzir sve dalje dokumente koji daju informacije o zavisnosti, ocenjuju potrebu za socijalnim uslugama. Ako se utvrdi da zavisnost/potreba postoji, održava se timski sastanak različitih stručnjaka i zajedno sa stručnim osobljem iz zdravstva odlučuje se o tome, da li će se i koliko dugo pružati usluge kako bi se postigli najbolji mogući rezultati (MISSOC, 2009).

U pronalaženju odgovora na narasle potrebe za dugotrajnom negom zemlje članice EU27 unapređuju program zaštite uvođenjem nove informacione tehnologije (ICTs) koja obezbeđuje veću samostalnost korisnika i koordinaciju službi medicinske i socijalne zaštite (Kluzer, Redecker, Centeno, 2010). E-medicinske i socijalne službe i internet komunikacija, telefonski i SOS pozivi, pružaju mogućnost pomoći na daljinu i obezbeđuju osnovne informacije o dugotrajnoj zaštiti i nezi. Značajan broj studija i projekata ukazuje na finansijske efekte upotrebe ICT-s tehnologije i jačanje samopouzdanja korisnika dugotrajne zaštite. Poslednjih godina aktualizovano je i pitanje uvođenja „personalnog asistenta“ kao nove profesije koja pomaže licima koja zavise od pomoći drugih.

- Baert, K. and de Norre, B. (2009), „Perception of Health and Access to Health Care in the EU-25 in 2007“, *Eurostat Statistics in Focus 24/2009*, European Commission, Luxembourg.
- Bambra, C. (2004), The worlds of welfare: illusory and gender blind? *Social Policy and Society*, 3, 3: 201–11.
- Bambra, C. (2005), Health status and the worlds of welfare, *Social Policy and Society*, 5, 1: 53–62.
- Barr, N (1990), *Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Reinterpretation of Welfare State Programme*, Discussion Paper No 54, London: London School of Economics and Political Science.
- Barr, N. (2010), *Long-term care: a suitable case for social insurance*. *Social policy & administration*, 44 (4). pp. 359–374.
- Commission of the European Communities (2000), Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the health strategy of the European Community. COM(2000) 0285 final.
- Commission of the European Communities (2007), WHITE PAPER – Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013
- DG ECFIN(2006), http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_publications_en.htm
- Duncan, B. (2002), *Health Policy in the European Union: How It's Made and How to Influence It*. *BMJ* 2002; 324: 1027–1030.
- EC (2006), *The demographic future of Europe – from challenge to opportunity*. http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_en.htm
- EC (2008), *Long-term Care in the European Union*. Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- EC Joint Report, 2010, *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010*, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Manuscript completed in February 2010
- EK (2010), *Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung Zusammenfassung*, Eurobarometer Spezial 327.
- European Commission (2007), *Health in Europe: a Strategic Approach*., http://www.saglik.gov.tr/EN/Tempdosyalar/266__astrategicapproach.pdf,
- Eurostat (2003), *Die soziale Lage in der Europäischen Union – Kurzfassung*.
- Expert's Report (2005), *Bulletin Luxembourgeois des questions sociales*. Vol. 19, p. 51, Aloss.
- Figueras, J. McKee, M. Cain, J. Lessof, S. (2004), *Health Systems in Transition: Learning from Experience*, *European Observatory on Health Systems and Policies*, World Health Organization.
- Frenk, J. and Donabedian, A. (1987), State intervention in medical care: types, trends and variables, *Health Policy and Planning*, 2, 1: 17–31.
- Fujisawa, R. Colombo F. (2009), *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand*. OECD Health Working Papers, No. 44, OECD Publishing.
- Karlsson, M. Iversen, T. Oien, H. (2010), *Scandinavian long-term care financing*, University of Oslo, Health Economics Research Programme, Working paper 2010: 2.
- Kluzer, S. Redecker, C. Centeno, C. (2010), *Long-term Care Challenges in an Ageing Society: The Role of ICT and Migrants, Results from a study on England, Germany, Italy and Spain*, European Commission, Joint Research Centre – Institute for Prospective Technological Studies, <http://ipts.jrc.ec.europa.eu>
- Lafortune, G. Balestat, G. et al. (2007), *Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*. OECD Health Working Paper No. 26, OECD, Paris.
- Leichsenring, K. (2004), Developing integrated health and social care services for older persons in Europe, *International Journal of Integrated Care*.
- MISSOC (2009), *Analyse – Pflegebedürftigkeit*., <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en>
- MISSOC (2002), Mutual Information System on Social protection in the EU Member States and the European Economic Area, http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_en.htm
- Moran, M. (2000), Understanding the welfare state: the case of health care, *British Journal of Politics and International Relations*, 2, 2: 135–60.
- Mossialos, E. Mc Kee, M. MacLehose, L. (2003), *Social Protection in the 13 Candidate Countries – a Comparative Analysis*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg,
- Mossialos, E. Thomson, S. (2002), *Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment*. *International Journal of Health Services* 32(1): 19–88.
- Mossialos, E. Thomson, S. (2009), *Private health insurance in the European Union – Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*.
- OECD (2004), *Auf dem Weg zu leistungsstarken Gesundheitssystemen – Kurtzberisht*.
- OECD (2005), *Long Term Care for Older People*, Paris, OECD. www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf
- OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en
- OECD Demographic and Labour Force Database, OECD, Paris. <http://stats.oecd.org/Index.aspx>
- OECD, Health Data 2008, OECD, Paris. <http://www.oecd.org/>
- Österle, A. (2007), Health care across borders: Austria and its new EU neighbours, *Journal of European Social Policy*, 17, 2: 112–24.
- Perišić, N. (2008), *Socijalna politika – izazovi i perspektive evropeizacije*. Beograd: Zadužbina Andrejević!

- Reidl, S. Schaffer, N. Woitech, B. (2006), „Gendernow“ study: Chancengleichheit im Pflegebereich, Vienna. Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN), <http://www.gendernow.at/downloads/Bericht%20Chancengleichheit%20im%20Pflegebereich.pdf>
- Rothgang, H. Engelke K. (2008), *Langzeitpflege – wie Finanziell Tragfähige, Nachhaltige Langzeitpflege Organisiert werden kann angesichts der Einschränkungen Kollektiver und individueller Abkommen und Verantwortlichkeiten* – Synthesebericht, Peer Review zu Sozialschutz und sozialer Eingliederung 2008.
- Shafey, O. et al. (eds.) (2009), *The Tobacco Atlas*, 3rd edition, American Cancer Society, Atlanta.
- UNICE – United Nations Economic Commission for Europe (2010), *Towards community long-term care*, UNICE Policy Brief on Ageing No.7 July 2010.
- Vranbaek, K. and Christiansen, T. (2005), Health policy in Denmark: leaving the decentralized welfare path? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30, 1–2: 29–52.
- Vuković, D. (2005), *Sistemi socijalne sigurnosti*, Beograd: Fakultet političkih nauka
- WHO (2004), *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*, WHO, Geneva.
- WHO (2009), *Global Status Report on Road Safety: Time for Action*, WHO, Geneva.
- Wendt, C. Frisina L. and Rothgang, H. (2009), *Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison*, Social Policy & Administration, Vol. 43, No. 1, February 2009.
- World Health Organization (2008), *Primary Health Care – Now More Than Ever*. The World Health Report.

1. Tržište rada u zemljama EU

Zemlje Evropske unije (15) susrele su se sa problemom nezaposlenosti posle jednog dugog perioda pune zaposlenosti, dinamičnog i stabilnog ekonomskog razvoja i modernizacije socijalnih programa. Kada je 1970-ih godina došlo do recesije koja je pretila da preraste u pravu krizu, stopa inflacije i nezaposlenosti je rapidno počela da raste. Tada je postalo jasno da se problemi na tržištu rada moraju rešavati na novim osnovama, sa ciljem stvaranja okvira za brži ekonomski razvoj – uz uključivanje posebnih mera u cilju ublažavanja posledica nezaposlenosti.

Obnavljanje rasprava o zaposlenosti na nivou Unije početkom 1990-ih godina, rezultat je napora da se otklone teškoće nastale posle naftne krize i recesija iz prethodnih decenija i stvore mehanizmi za sprečavanje makroekonomskih šokova i strukturnih problema na tržištu rada. Proces pronalaženja evropskih rešenja putem veće koordinacije i usklađivanja nacionalnih politika započeo je Delorovom belom knjigom „O rastu, kompetitivnosti i zaposlenosti“ iz 1993. godine, koja je postala ideološka, politička i analitička osnova novog pristupa problemu zaposlenosti.

U Lisabonu su 2000. godine određeni ciljevi za narednu deceniju, izraženi kroz težnju ka stvaranju „najkonkurentnije i najdinamičnije ekonomije koja se bazira na znanju u svetu, sposobne za održiv ekonomski rast sa više boljih radnih mesta i boljom socijalnom kohezijom“. Osnovni cilj politike zapošljavanja „Lisabonske strategije“ bio je usmeren na podizanje stope zaposlenosti, a institucionalizovan je i *Otvoreni metod koordinacije* (Open Method of Coordination – OMC).

Analize efekata primene „Evropske strategije zapošljavanja“ u 2010. godini ukazuju na delimičan uspeh i ograničenja u ostvarivanju postavljenih ciljeva. Ukazuje se na ekonomski rast i socijalne probleme u zemljama članicama Unije, sa naglaskom na posledice nezaposlenosti, siromaštva i socijalne isključenosti. Usledila je izrada i usvajanje strategije „Evropa 2020“ čiji je sastavni deo politika zapošljavanja u narednoj deceniji. U međuvremenu su utvrđene smernice sa jasno definisanim ciljevima i zadacima na nacionalnom i višim nivoima.

1.1. Zaposlenost

Aktuelni trendovi na tržištu rada u zemljama članicama EU nalaze se pod snažnim uticajem globalne finansijske i ekonomske krize. Posle mnogo godina relativno visokog rasta i stvaranja novih radnih mesta (9,7 miliona samo u periodu 2005–2008. godine) došlo je do pada zaposlenosti i porasta nezaposlenosti. Od sredine 2008. godine zaposlenost je za samo godinu dana opala za 1,9% ili za 4,3 miliona radnih mesta (EC, Employment in Europe, 2009). Porast nezaposlenosti posebno je pogodila grupe koje sa slabijim pozicijama na tržištu rada (mladi, niže kvalifikovani, migranti). Tokom 2008. godine bilo je 16,7 miliona nezaposlenih u EU27, što odgovara stopi od 7,0%. Pojedine zemlje uvele su posebne mere kako bi se sprečila masovna otpuštanja (smanjenje troškova rada, skraćenje radnog vremena, itd). Negativni efekti globalne finansijske i ekonomske krize na polju zaposlenosti došli su do izražaja u 2009. i 2010. godini. Prema prognozama Komisije, stopa nezaposlenosti u 2010. godini će dostići nivo od 10%, dok će socijalni izdaci porasti sa 27,5% (2007) na 30,8% BDP u 2010. godini (Joint Report, 2010).

Negativni efekti ekonomske krize doveli su do dramatičnog pada BDP od 4,2% u 2009. godini, dok se u 2010. godini očekuje stabilizacija stanja i rast od 0,7%, odnosno 1,6% u 2011. godini. Kriza je imala različite efekte u pojedinim zemljama članicama Unije u kojima je zabeležen pad BDP u 2009. godini (osim u Poljskoj +1,2%) počev od -18% u Latviji i Litvaniji, do -0,7% na Kipru. Prognoze Komisije su da će u 2010. godini doći do oporavka u velikim ekonomijama, a pozitivan rast BDP imaće Nemačka, Francuska, Italija i Velika Britanija.

Posmatrano na globalnom nivou kriza je pogodila i tržišta najrazvijenijih zemalja, kao što su SAD (odakle je potekla) i Japan. Pad ekonomske aktivnosti je zabeležen u gotovo svim granama industrije i investicijama, što je dovelo do masovnog otpuštanja radnika i zatvaranja firmi. Posle dugog perioda rasta i relativno niske stope nezaposlenosti, u SAD je 2008. godine zabeležena negativna stopa zaposlenosti (pad od -0,5%), što predstavlja promenu u odnosu na rast od 1,1% u prethodnoj godini. Stopa zaposlenosti u Japanu u poslednjoj deceniji bila je viša od one u zemljama EU i Americi. Tokom 2008. godine u većini zemalja EU 27 nije se ispoljilo pravo dejstvo krize, tako da je stopa zaposlenosti (učesće zaposlenih u radno sposobnom stanovništvu od 15–64 godina) iznosila 65,9%, što je za 0,5% više u poređenju sa prethodnom (2007) godinom. U Japanu je stopa nezaposlenosti u isto vreme bila gotovo zanemarljiva (4%), dok je u SAD došlo do rasta sa 4,6% na 5,8%, ali je to još uvek znatno niže od stanja u EU (7,0%).

U 2009. godini (EC, 2010) su se u punoj meri osetili negativni efekti krize na globalnom planu, u EU i drugim razvijenim zemljama. U SAD je zabeležen pad BDP od 2,4% u 2009. godini u poređenju sa prethodnom godinom (2008), dok je u Japanu zabeležena negativna stopa od -5,2%. Kriza je uticala na promene na tržištu rada, tako da je u EU zabeležen pad zaposlenosti od 1,8% u 2009. godini

u poređenju sa stanjem u 2008. godini. U SAD tržište rada se i u 2009. godini nije oporavilo od ekonomske krize, a pad zaposlenosti (3,3%) je znatno viši od evropskog nivoa. Japan takođe beleži negativne trendove na tržištu rada i porast nezaposlenosti posle duge faze pune zaposlenosti, tako da je u 2008. godini zabeležen pad od 0,3%, a u 2009. godini -1,6%.

Odabrani indikatori tržišta rada EU, SAD i Japana (2006–2009)

	2006	2007	2008	2009
<i>Stanovništvo (u milionima)</i>				
EU-27	493	496	499	501
EU 15	390	393	395	397
SAD	299	302	305	307
Japan	128	128	128	128
<i>Stopa zaposlenosti (% radno aktivne populacije)</i>				
EU-27	64,5	65,4	65,9	64,6
EU 15	66,2	66,9	67,3	65,9
SAD	71,9	71,8	70,9	67,6
Japan	69,9	70,6	70,7	70,0
<i>Stopa nezaposlenosti (% radne snage)</i>				
EU-27	8,2	7,1	7,0	8,9
EU 15	7,7	7,0	7,1	9,0
SAD	4,6	4,6	5,8	9,3
Japan	4,1	3,9	4,0	5,1

*Stopa zaposlenosti u EU i Japanu za lica od 15–64 godina, u SAD od 16–64.

Izvor: *Employment in Europe (2010: 64)*.

Globalna ekonomska kriza reflektovala se na porast nezaposlenosti u najrazvijenijim ekonomijama sveta. U Evropskoj uniji je 2009. godine bilo oko 21,4 miliona nezaposlenih, što se odrazilo na rast stope nezaposlenosti sa 7,0% (2008) na 9% (2009). To je značilo povratak na neslavni rekord koji je zabeležen u periodu 2003–2005. godine. U SAD su u istom periodu zabeležene dramatičnije promene i porast stope nezaposlenosti sa oko 5% na 6% (2008) i 9% u 2009. godini, što je ujedno i najviša zabeležena stopa u poslednjih deset godina.

Na prostoru EU27 u 2008. godini bilo je 2,3 miliona zaposlenih više u poređenju sa stanjem u 2007. godini, ali je taj rast bio različit u pogledu pola, godina života i vrste radnog odnosa. Tako je, prema podacima Evropske komisije, zaposlenost na godišnjem nivou (2007–2008) kod žena rasla brže nego kod muškaraca. Posmatrano prema starosnim grupama najznačajnije promene su bile kod onih sa 65+ godina (4,5%) i starijih radnika (55–64 3,8%), dok je kod mladih rast bio simboličan (15–24 0,4%; 25–54 0,6%). Posmatrano prema tipu zaposlenosti zabeležen je pad kod samozaposlenih, rast kod delimično zaposlenih i to pre svega kod lica koja su angažovana na određeno vreme (Employment in Europe 2009: 15).

Stope zaposlenosti* prema polu (% 2000, 2009)

	Ukupno		Muškarci		Žene	
	2000	2009	2000	2009	2000	2009
BE	60,5	61,6	69,5	67,2	51,5	56,0
BG	50,4	62,6	54,7	66,9	46,3	58,3
CZ	65,0	65,4	73,2	73,8	56,9	56,7
DK	76,3	75,7	80,8	78,3	71,6	73,1
DE	65,6	70,9	72,9	75,6	58,1	66,2
EE	60,4	63,5	64,3	64,1	56,9	63,0
IE	65,2	61,8	76,3	66,3	53,9	57,4
EL	56,5	61,2	71,5	73,5	41,7	48,9
ES	56,3	59,8	71,2	66,6	41,3	52,8
FR	62,1	64,2	69,2	68,5	55,2	60,1
IT	53,7	57,5	68,0	68,6	39,6	46,4
CY	65,7	69,9	78,7	77,6	53,5	62,5
LV	57,5	60,9	61,5	61,0	53,8	60,9
LT	59,1	60,1	60,5	59,5	57,7	60,7
LU	62,7	65,2	75,0	73,2	50,1	57,0
HU	56,3	55,4	63,1	61,1	49,7	49,9
MT	54,2	54,9	75,0	71,5	33,1	37,7
NL	72,9	77,0	82,1	82,4	63,5	71,5
AT	68,5	71,6	77,3	76,9	59,6	66,4
PL	55,0	59,3	61,2	66,1	48,9	52,8
PT	68,4	66,3	76,5	71,1	60,5	61,6
RO	63,0	58,6	68,6	65,2	57,5	52,0
SI	62,8	67,5	67,2	71,0	68,4	63,8
SK	56,8	60,2	62,2	67,6	51,5	52,8
FI	67,2	68,7	70,1	69,5	64,2	67,9
SE	73,0	72,7	75,1	74,2	70,9	70,2
UK	71,2	69,9	77,8	74,8	64,7	65,0
EU27	62,2	64,6	70,8	70,7	53,7	58,6

Izvor: Eurostat, Eurostat (lfsi_emp_a)

Ukupna stopa zaposlenosti radno aktivne populacije (15–64 godina) EU27 u 2009. godini bila je 64,6%, odnosno za 2,4% veća od stope u 2000. godini i 5% manja od projektovane Lisabonskom strategijom zapošljavanja (70%). Samo u pet zemalja članica EU u 2009. godini stopa zaposlenosti je bila veća od projektovane: u Holandiji (77,0%), Danskoj (75,7%), Švedskoj (72,2%), Austriji (71,6%) i Nemačkoj (70,9%). U tri zemlje je bila za oko 2% niža: Kipru i Velikoj Britaniji (69,9%) i Finskoj (68,7%). Na kraju liste prema ispunjenju Lisabonskog strateškog cilja su zemlje kod kojih je stopa zaposlenosti za više od 10% niža: Malta (54,9%), Mađarska (55,4%), Italija (57,5%), Rumunija (58,6%), Poljska (59,3%) i Španija (59,8%).

U pogledu zaposlenosti žena ostvareni su bolji rezultati pa su otuda i zemlje bliže Lisabonskom cilju od 60%. Prema podacima Eurostata (2009) u 2008. i 2007. godini u 15 država članica Unije stopa zaposlenosti žena je bila viša od projektovane Lisabonskom strategijom. Na drugom kraju su zemlje sa najnižom stopom – Malta (37,4), Italija (47,2) i Grčka (48,7). U poređenju sa stanjem u 2007. godini napredak je zabeležen u Bugarskoj, Poljskoj, Malti i Slovačkoj, i to po stopi od 1,5% rasta na godišnjem nivou.

U 2009. godini u EU27 stopa zaposlenosti žena bila je 58,6% što znači za samo 1,4% manje od projektovane do 2010. godine. Zaposlenost žena je u periodu od 2000. godine porasla za 5%, i za 0,5% u 2009. u poređenju sa stanjem u prethodnoj godini. U 14 država članica zaposlenost žena beleži višu stopu od projektovane Lisabonskom strategijom, i najviša je u Danskoj (73,1%), Holandiji (71,5%) i Švedskoj (70,2%). U jednom broju zemalja članica Unije stopa zaposlenosti žena je za više od 10% niža: Malti (37,7%), Italiji (46,4%), Grčkoj (48,9%) i Mađarskoj (49,9%).

U četiri zemlje (Estonija, Irska, Španija i Latvija) stopa zaposlenosti žena je opala za više od 2% u 2009. godini u poređenju sa prethodnom 2008. godinom. Dugoročno posmatrano u Rumuniji, Mađarskoj i Češkoj Republici nije bilo napretka u pogledu zaposlenosti žena od 2000. godine. U poređenju sa stopom zaposlenosti kod muškaraca u 2008. i 2009. godini, vidljiva je razlika od oko 20% u Malti, Grčkoj i Italiji. U 15 država članica razlike između muškaraca i žena je od 10–20%, dok je u Švedskoj i Finskoj oko 5%.

Zaposlenost starijih radnika (55–64 godina) u 2008. godini bila je veća samo za 1% u poređenju sa prethodnom godinom, uprkos rastu od 8,7% u periodu od 2000. godine. U odnosu na cilj iz Stokholma da stopa zaposlenosti ovog dela populacije u 2010. godini bude 50%, potrebno je u 2008. godini nadoknaditi razliku od 4,4% u EU27, odnosno 2,6% u EU15 (stare članice pre proširenja 2004. i 2008. godine). U 2007. godini samo 12 država imalo je stopu zaposlenosti starijih radnika (55–64 godina) veću od projektovane. U devet država članica stopa je bila niža za 10% od strateškog cilja (Malta, Mađarska, Poljska, Slovenija, Luksemburg, Italija, Belgija, Francuska i Slovačka) i pored napretka koji je učinjen u 2008. godini. Austrija i Luksemburg su imale vidljiv napredak sa rastom zaposlenosti starijih radnika od 2%, dok Malta ima najnižu stopu u grupi zemalja članica Unije.

Slično stanje je i u 2009. godini kada je 11 država članica zaposlenost starijih radnika bila iznad 50%, i manja za 0,5% u Portugaliji. Iste godine značajan broj država bio je daleko od cilja i u njima je stopa zaposlenosti bila za 10% niža od stokholmske stope: Belgija, Francuska, Mađarska, Italija, Luksemburg, Malta, Poljska, Slovenija i Slovačka. Napredak je zabeležen u Luksemburgu, dok je Malta i dalje na poslednjem mestu u pogledu zaposlenosti starijih radnika.

Stope zaposlenosti prema starosnim grupama (2008, 2009 u %)

	2008			2009		
	15-24	25-54	55-64	15-24	25-54	55-64
BE	27,4	80,5	34,5	25,8	79,7	36,2
BG	26,3	81,3	46,0	22,7	77,7	45,7
CZ	28,1	83,8	47,6	26,1	82,7	45,8
DK	67,0	88,0	57,0	60,2	83,6	57,6
DE	46,9	81,8	53,8	46,7	82,3	57,1
EE	36,4	83,9	62,4	24,8	75,2	59,1
IE	46,0	77,3	53,6	32,0	71,1	50,1
EL	23,5	76,1	42,8	21,0	74,9	42,2
ES	36,0	75,3	45,6	26,1	70,1	43,6
FR	32,2	83,2	38,3	30,2	81,7	38,9
IT	24,4	73,5	34,4	21,0	71,4	35,9
CY	38,0	83,7	54,8	34,6	82,8	56,7
LV	37,2	82,6	59,4	23,9	73,3	47,8
LT	26,7	81,2	53,1	20,9	74,7	49,8
LU	23,8	80,0	34,1	28,9	80,4	36,7
HU	20,0	74,4	31,4	18,2	72,7	33,7
MT	45,8	67,3	29,1	42,1	69,0	27,2
NL	69,3	86,8	53,0	66,6	86,0	55,2
AT	55,9	84,4	41,0	54,3	83,9	41,8
PL	27,3	77,5	31,6	26,5	77,5	33,0
PT	34,7	81,6	50,8	29,8	79,3	49,5
RO	24,8	74,4	43,1	23,5	72,5	41,3
SI	38,4	86,8	32,8	33,7	84,7	35,9
SK	26,2	80,1	39,2	22,2	76,5	38,9
FI	44,7	84,3	56,5	34,5	81,9	54,6
SE	42,2	86,5	70,1	35,2	83,8	70,5
UK	52,4	81,4	58,0	47,8	80,2	57,2
EU27	37,6	79,6	45,6	34,4	77,9	46,1

Izvor: Eurostat, (lfsi_emp_a)

U 2009. godini 71% aktivne populacije u EU bilo je aktivno na tržištu rada (zaposleni ili nezaposleni). Stopa participacije kreće se od izuzetno visoke u Danskoj (81%) do najniže na Malti (59%). U polovini država članica stopa aktivnosti je oko 70%, a u Mađarskoj, Italiji, Poljskoj i Rumuniji manja od 65% (Employment in Europe 2010: 69). Stope aktivnosti muškaraca i žene se razlikuju, i u 2009. godini bila je 64% kod žena i 78% kod muškaraca. Pritom su vidljive razlike između država članica. U Grčkoj, Italiji i Malti razlika je do 20%, a zatim slede Kipar, Češka Republika, Irska i Španija. Nasuprot tome razlike u stepenu participacije na tržištu rada u nordijskim i baltičkim zemljama su najmanje. Zemlje u kojima postoje velike

razlike između muškaraca i žene u prisustvu na tržištu rada su ujedno države koje su najdalje od dostignuća strateških ciljeva iz Lisabona i Stokholma.

1.2. Obim i karakteristike nezaposlenosti

Efekti globalne finansijske krize na tržištu rada reflektuju se na smanjenje zaposlenosti, odnosno porast nezaposlenosti⁵². U 2008. godini opšta stopa nezaposlenosti u EU27 bila je 7%, pri čemu je u Španiji zabeležena najviša stopa (11,3%), a najniža u Slovačkoj (9,5%). Iste godine Mađarska, Francuska, Portugalija, Grčka, Litvanija, Nemačka i Poljska imale su višu stopu nezaposlenosti od EU proseka. Na drugom kraju su zemlje sa stopom nezaposlenosti do 4%, kao što su Holandija, Danska, Austrija i Kipar.

Strukturne karakteristike nezaposlenosti u EU (2000-2008)

	2000	2003	2006	2008
Ukupan broj (u 1 000)	19 508	20 517	19 241	16 768
Stopa nezaposlenosti (% radne snage 15+)	8,7	9,0	8,2	7,0
Stopa nezaposlenosti mladih (% 15-24)	17,3	18,4	17,1	15,4
Stopa dugotrajne nezaposlenosti (%)	4,0	4,2	3,7	2,6

Izvor: Eurostat, (Employment in Europe 2009: 155)

Opšta stopa nezaposlenosti u 2008. godini u EU27 ostala je gotovo nepromenjena u poređenju sa 2007. godinom, sa izrazitim razlikama između zemalja članica. U Španiji je do rasta nezaposlenosti (3%) došlo zbog krize u građevinskoj industriji i slabe tražnje stanova, dok je u Poljskoj, Slovačkoj, Bugarskoj i Nemačkoj zabeležen pad od oko 1%. u odnosu na stanje u 2007. godini. Posmatrano prema polu evidentne su razlike između muškarca i žena, koje su najizraženije u Grčkoj (razlika 6%). Na drugoj strani su zemlje članice (baltičke države, Velika Britanija, Nemačka) u kojima je 2008. godine zabeležena veća stopa nezaposlenosti kod muškaraca. Iste godine 2,6% radne snage bilo je dugotrajno nezaposleno, što znači da su posao čekali duže od 12 meseci. U najvećem broju zemalja stanje je slično EU proseku, dok je u Slovačkoj zabeležen rekord od 6,6%. Žene duže čekaju na zaposlenje pa je u ovoj zemlji kod njih stopa dugotrajno nezaposlenih u 2008. godini bila 8%, u Grčkoj 6%, Portugaliji 4% i Italiji 4%.

Opšta stopa nezaposlenosti u EU27 u 2009. godini porasla je na 8,9% sa značajnim razlikama između država članica. Stopa nezaposlenosti bila je 10% u Mađarskoj (10,0%), i viša u Irskoj (11,9%), Slovačkoj (12,0%), Litvaniji (13,7%), Estoniji (13,8%), Latviji (17,1%) i Španiji (18,0%). Najniža stopa bila

⁵² U tekstu su kao izvor podataka korišćeni izveštaji Evropske komisije o zaposlenosti u Evropi – EC: Employment in Europe 2009,2010

je u Holandiji (3,7%), a u Austriji manja od 5%. U strukturi nezaposlenih i u 2009. godini vidljive su razlike između muškaraca i žena. Na nivou Unije stopa nezaposlenosti bila je veća kod muškaraca (9%) i porasla je za 2% u poređenju sa stanjem u prethodnoj godini. Kod žena je stopa nezaposlenosti bila 7,5%, pri čemu su najveće razlike u pogledu pola bile u Grčkoj sa stopom od 13,4% kod žena i 6,9% kod muškaraca.

Stope nezaposlenosti* (%) prema polu (2000, 2009)

	2000			2009		
	Ukupno	Muškarci	Žene	Ukupno	Muškarci	Žene
BE	6,9	5,6	8,5	7,9	7,8	7,6
BG	16,4	16,7	16,2	6,8	7,0	5,8
CZ	8,7	7,3	10,3	6,7	5,9	5,6
DK	4,3	3,9	4,8	6,0	6,5	3,7
DE	7,5	7,5	7,5	7,5	8,0	7,2
EE	12,8	13,8	11,7	13,8	16,9	5,3
IE	4,3	4,4	4,2	11,9	14,9	4,6
EL	11,2	7,4	17,1	9,5	6,9	11,4
ES	11,1	7,9	16,0	18,0	17,7	13,0
FR	9,0	7,5	10,8	9,5	9,2	8,4
IT	10,1	7,8	13,6	7,8	6,8	8,5
CY	4,9	3,2	7,2	5,3	5,2	4,3
LV	13,7	14,4	12,9	17,1	20,3	6,9
LT	16,4	18,6	14,1	13,7	17,1	5,6
LU	2,2	1,8	2,9	5,1	4,5	5,9
HU	6,4	7,0	5,6	10,0	10,3	8,1
MT	6,7	6,4	7,4	7,0	6,6	6,6
NL	2,8	2,2	3,6	3,7	3,7	3,0
AT	3,6	3,1	4,3	4,8	5,0	4,1
PL	16,1	14,4	18,2	8,2	7,8	8,0
PT	4,0	3,2	5,0	9,6	9,0	9,0
RO	7,3	8,0	6,5	6,9	7,7	4,7
SI	6,7	6,5	7,0	5,9	5,9	4,8
SK	18,8	18,9	18,6	12,0	11,4	10,9
FI	9,8	9,1	10,6	8,2	8,9	6,7
SE	5,6	5,9	5,3	8,3	8,6	6,5
UK	5,4	5,9	4,8	7,6	8,6	5,1
EU27	8,7	7,8	9,8	8,9	9,0	7,5

Izvor: Eurostat (une_rt_a)

Položaj mladih (15–24 godina) koji stupaju na tržište rada je izrazito nepovoljan tako da u ovoj grupaciji radne snage izražen problem nezaposlenosti. U 2000. godini

17,4% mladih bilo je nezaposleno u EU27, pri čemu su vidljive razlike između država članica. Slovačka (36,9%), Litvanija (30,6%), Grčka (29,1%) i Španija (24,3%) imale su najviše nezaposlenih mladih u 2000. godini. U 2009. godini u Slovačkoj je došlo do bitnih promena i stopa nezaposlenosti mladih je pala na 19,0%. U Španiji (24,6%), Grčkoj (22,1%), Italiji (21,3%) nezaposlenost mladih je bila daleko iznad EU proseka. Mladi su zajedno sa licima bez kvalifikacija, migrantima i invalidima činili grupu čiji je položaj na tržištu rada bio veoma težak. Stopa nezaposlenosti je veća kad se uzmu u obzir mladi koji su delimično radili, ili su na produženom školovanju.

Stope nezaposlenosti mladih* (%) prema polu (2000, 2008)

	2000			2008		
	Ukupno	Muškarci	Žene	Ukupno	Muškarci	Žene
BE	16,7	14,5	19,5	18,0	17,3	18,7
BG	33,7	36,1	30,7	12,7	13,7	11,4
CZ	17,8	18,5	17,0	9,9	9,8	9,9
DK	6,2	6,6	5,7	7,6	6,9	8,4
DE	7,5	8,8	6,2	9,9	10,7	9,0
EE	23,9	23,8	24,1	12,0	12,6	11,3
IE	6,9	6,8	7,1	12,6	15,2	9,7
EL	29,1	21,5	38,1	22,1	17,0	28,9
ES	24,3	18,1	32,5	24,6	23,7	25,8
FR	19,6	17,6	21,9	19,1	19,2	19,0
IT	27,0	23,1	31,9	21,3	18,9	24,7
CY	10,1	6,9	13,0	9,0	8,6	9,3
LV	21,4	21,2	21,6	13,1	13,2	13,1
LT	30,6	32,3	28,3	13,4	12,6	14,6
LU	6,6	6,0	7,2	16,9	12,6	22,1
HU	12,4	13,6	10,8	19,9	19,1	20,9
MT	13,7	14,9	12,3	11,9	13,7	9,8
NL	5,7	4,9	6,5	5,3	5,4	5,2
AT	5,3	4,7	6,0	8,0	7,9	8,2
PL	35,1	33,4	37,1	17,3	15,2	19,9
PT	8,6	6,2	11,6	16,4	13,3	20,2
RO	20,0	22,2	17,2	18,6	18,8	18,3
SI	16,3	14,6	18,3	10,4	9,9	11,3
SK	36,9	39,7	33,8	19,0	18,5	19,8
FI	21,4	21,1	21,6	16,5	17,1	15,8
SE	10,5	11,0	9,9	20,0	19,6	20,5
UK	12,2	13,2	11,0	15,0	17,0	12,7
EU27	17,4	16,6	18,2	15,4	15,4	15,3

*lica 15–74 godina;

Izvor: Eurostat (lfsi_emp_a)

Ako se nezaposlenost mladih 15–24 godina posmatra u odnosu na ukupnu populaciju iste starosne grupe (*ratio* nezaposlenosti), stopa nezaposlenosti mladih u 2009. godini na prostoru EU27 je bila 9%. Najviše nezaposlenih je bilo u Španiji (17%) ali je ratio bio relativno visok (oko 10%) i u Estoniji, Finskoj, Irskoj, Latviji, Švedskoj i Velikoj Britaniji. Ratio nezaposlenosti daje nešto povoljniju sliku u odnosu na stopu nezaposlenosti mladih prema opštoj populaciji, i u Belgiji, Grčkoj, Mađarskoj, Italiji, Portugaliji, Rumuniji i Slovačkoj. Na drugoj strani su zemlje kao što su Irska, Švedska i Velika Britanija u kojima ratio nezaposlenosti pokazuje da je stanje ozbiljnije nego što to pokazuje stopa nezaposlenosti (Employment in Europe 2010: 71).

Rad sa nepunim radnim vremenom predstavlja značajnu karakteristiku tržišta rada u zemljama EU27. To u velikoj meri umanjuje problem nezaposlenosti, posebno kod žena koje preovlađuju u delimičnom angažovanju u gotovo svim zemljama članicama. Prema podacima Eurostata (2010) stopa delimično zaposlenih u EU 2000. godine bila je 16,2% i porasla je za 2% u 2008. godini. Najviše lica sa fleksibilnim oblicima zaposlenosti je u Holandiji u kojoj je opšta stopa u 2000. godini bila 41,5% sa značajnim razlikama između muškaraca (19,3%) i žena (71,0%). U periodu do 2008. godine zaposlenost u ovoj zemlji dostigla je nivo od 47,3%, odnosno 75,3% kod žena.

U većini zemalja članica Unije razmere rada sa nepunim radnim vremenom dostižu nivo od oko 20% i slabije je zastupljen u novim članicama u kojima se u Bugarskoj i Slovačkoj kreće oko 4%. Relativno visok nivo imaju Danska, Nemačka, Švedska i Velika Britanija (oko 25%). U Nemačkoj, Belgiji, Finskoj, Švedskoj, Austriji i Litvaniji stopa delimične zaposlenosti žena u 2008. godini kretala se do 40% i više. Delimično zaposleni u opštoj strukturi zaposlenih učestvuju sa manje od 5% u Rumuniji i baltičkim državama.

U nastojanju da preduprede negativne efekte krize na tržište rada zemlje članice su razvile specifične mere podsticaja zapošljavanja, koje su bile usmerene na ostvarivanje formulisanih strateških ciljeva. Mere za podizanje nivoa ponude radne snage i modernizacije sistema socijalne zaštite trebalo bi da smanje rizik nezaposlenosti, skrate dužinu čekanja na zaposlenje i očuvaju humani kapital. Uprkos ovim naporima Komisija je konstatovala da je u 2009. godini bilo izrazitih problema kod nekih grupa (mladi, migranti, niskokvalifikovani, lica sa hendikepom) i da je promena stanja u uslovima krize veoma otežana. Smanjenje poreza i podsticanje dodatnih zarada trebalo je da podstaknu tražnju i učine rad isplativim. Druge mere poreskih olakšica bile su usmerene na podsticanje vraćanja majki na posao i zaštitu lica sa niskim zaradama.

Kriza je uticala na mogućnosti dostizanja strateških ciljeva EU na polju zaposlenosti u periodu do 2010. godine. Postalo je jasno da se projektovane stope na nivou EU27 neće ostvariti i da će razlike u zemljama članicama ostati i u narednom periodu. Nova strategija „Evropa 2020“ rađena je u uslovima globalne

krize i nepovoljnog stanja na tržištu rada. Projektovani cilj je dostizanje nivoa od 75% stope zaposlenosti populacije od 20 do 64 godina do 2020. godine.

Lica delimično zaposlena (*part-time*) prema polu (% 2000, 2008)

	2000			2008		
	Ukupno	Muškarci	Žene	Ukupno	Muškarci	Žene
BE	18,9	5,5	37,4	22,6	7,9	40,9
BG	--	--	--	2,3	2,0	2,7
CZ	5,3	2,2	9,3	4,9	2,2	8,5
DK	21,3	10,2	34,1	24,6	14,2	36,5
DE	19,4	5,0	37,9	25,9	9,4	45,4
EE	8,1	5,3	10,9	7,2	4,1	10,4
IE	16,4	6,9	30,3	-	-	-
EL	4,5	2,6	7,8	5,6	2,8	9,9
ES	7,9	2,8	16,8	12,0	4,2	22,7
FR	16,7	5,3	30,8	16,9	5,8	29,4
IT	8,4	3,7	16,5	14,3	5,3	27,9
CY	8,4	4,5	13,9	7,8	4,8	11,4
LV	11,3	9,7	12,8	6,3	4,5	8,1
LT	10,2	9,2	11,1	6,7	4,9	8,6
LU	10,4	1,7	25,1	18,0	2,7	38,3
HU	3,5	2,0	5,2	4,6	3,3	6,2
MT	6,8	3,0	15,5	11,5	4,5	25,5
NL	41,5	19,3	71,0	47,3	4,9	75,3
AT	16,3	4,	32,2	23,3	2,7	41,5
PL	10,5	8,2	13,4	8,5	3,3	11,7
PT	10,9	6,4	16,4	11,9	4,5	17,2
RO	16,5	14,6	18,6	9,9	23,9	10,8
SI	6,5	5,3	7,8	9,0	8,1	11,4
SK	2,1	1,1	3,1	2,7	5,9	4,2
FI	12,3	8,0	17,0	13,3	7,4	18,2
SE	19,5	8,2	32,3	26,6	9,1	41,4
UK	25,1	8,9	44,4	25,3	7,1	41,8
EU27	16,2	6,5	28,9	18,2	7,9	31,1

* lica 15–64 godina;

Izvor: Eurostat (*lfsi_emp_a*)

2. Politika zaposlenosti Evropske unije

Zainteresovanost Unije za problematiku politike na tržištu rada proizašla je iz visoke stope nezaposlenosti u prvoj polovini 1990-ih godina. Broj nezaposlenih u EU15 porastao je za 4,5 miliona u periodu 1991–1994. godine i dostigao nivo od gotovo 17,5 miliona. To je bio podsticaj za kreiranje inicijalno-pravnog osnova za aktivnosti EU u oblasti zapošljavanja, odnosno usvajanje Ugovora iz Amsterdama (1997) kojim je zaposlenost proglašena „stavkom od zajedničkog interesa“ (Naslov VIII – čl. 125–130 Ugovora). Predviđeno je da će države članice i EZ saradivati u cilju razvoja usklađene strategije zapošljavanja, a posebno unapređenja veština, obučenosti i prilagodljivosti radne snage i tržišta rada, kako bi mogle da odgovore na ekonomske promene i ostvarivanje ciljeva Unije.

U novembru 1997. godine na Luksemburškom samitu o zaposlenosti doneta je *Evropska strategija zapošljavanja* (European Employment Strategy – EES). Polazeći od socio-ekonomske situacije na sledećim sednicama Evropskog saveta utvrđena je osnovna orijentacija Strategije i ojačala je njena veza sa drugim politikama EU. Od 2000. godine, EES predstavlja ključnu komponentu Lisabonskog procesa, čiji je cilj „da postane najkonkurentnija i najdinamičnija ekonomija koja se bazira na znanju u svetu, sa više radnih mesta i sa boljim radnim mestima“. Polovinom decenije, EU je delimično revidirala ciljeve svoje politike zaposlenosti i bliže ih definisala u nekoliko dokumenata. U relativno kratkom vremenskom periodu, tržište rada i politika zaposlenosti, napredovale su iz oblasti politike u kojoj Unija nije imala kompetencije u oblast politike koja je glavna sfera njenog delovanja.

2.1. Evropska strategija zapošljavanja

Sve do kraja 1980-ih godina EU je imala mala ovlašćenja u politici zapošljavanja i glavne odluke donošene su preko tradicionalne inter-vladine procedure u kojoj je poslednja instanca bio Savet. Obim aktivnosti EU bio je ograničen i činjenicom da su odluke o socijalnim politikama i politikama na tržištu rada morale biti donete jednoglasno. Debata o socijalnoj politici podstaknuta je programom stvaranja Jedinstvenog tržišta, a Zajednici su date proširene kompetencije i modaliteti odlučivanja. Od naročitog značaja je i prelazak na glasanje kvalifikovanim većinom, kada su u pitanju direktive koje se odnose na radno okruženje i na zdravlje i bezbednost na radu. Relevantne interesne grupe, posebno socijalni partneri, dobili su važno mesto u odlučivanju na nivou EU, institucionalizacijom

„socijalnog dijaloga“. Razvijanje EES od kraja 1990-ih godina, u najbližoj vezi je sa izgradnjom druge alatke komunitarnog odlučivanja i upravljanja, Otvorenim metodom koordinacije (OMC).

Pravni osnov Evropske strategije zapošljavanja (2000–2010) sadržan je u čl. 128. Ugovora, a njena realizacija vrši se putem: donošenja Smernica o zapošljavanju (Employment Guidelines), njihove konkretizacije administrativnim merama država članica (nacionalni akcioni planovi), i kontrole nad ostvarivanjem smernica koju na osnovu godišnjeg izveštaja država članica vrši Komisija i preporuka koje, na osnovu njenih izveštaja o stanju na polju zapošljavanja u Uniji, daje Savet ministara. Razvoj koordinisane makro-ekonomske politike i jačanje politika koje podržavaju zapošljavanje, utvrđeni su kao ciljevi Luksemburškog skupa, a donete su i prve smernice koje počivaju na „četiri osnovna stuba“: *mogućnostima za zapošljavanje* (employability), *preduzetinstvu* (entrepreneurship), *prilagodljivosti* (adaptability) i *jednakim mogućnostima* (equal opportunities).

Primarni ciljevi javne politike bili su, niska stopa inflacije i balansirani budžet, uz primenu strategije aktiviranja na tržištu rada. Iako su sve tadašnje države članice prihvatile strategiju, u praksi je došlo do velikih problema imajući u vidu različite nivoe ekonomskog razvoja, stanje na tržištu rada i tradicionalne mere u cilju obezbeđenja veće stope zaposlenosti. Zbog toga su zemlje EU pozvane da osmisle sopstveni pristup unutar zajedničke strategije u svrhu realizovanja ciljeva zapošljavanja postavljenih u Luksemburgu.

U Lisabonu su 2000. godine takođe kvantifikovani ciljevi za narednu deceniju, kojima je predviđeno podizanje opšte stope zaposlenosti na 70% do 2010. godine i povećanje zaposlenosti žena na više od 60%. Pri prosečnoj godišnjoj stopi rasta od 3% i strukturnim reformama, postepeno dostizanje ciljeva projektovano je na petogodišnjem periodu. Stopu zaposlenosti u EU (15) trebalo je od 61% u 2000. godini podići na 67% do 2005. godine, odnosno na oko 70% do 2010. godine. Kod žena taj rast bi se kretao sa 51% na 57% do 2005. godine, i preko 61% do 2010. godine. Pored toga rast zaposlenosti starijih radnika (od 55 do 64 godina) na prostoru EU projektovan je na 50% do 2010. godine.

U realizovanju ovih ciljeva, EU preporučuje koncentrisanje mera zaposlenosti na tri prioriteta: 1. Privlačenje i zadržavanje više ljudi u zaposlenju, uvećanje ponude radne snage i modernizovanje sistema socijalne sigurnosti; 2. Poboljšanje prilagodljivosti radnika i preduzeća, i 3. Uvećanje ulaganja u ljudski kapital kroz bolje obrazovanje i kvalifikacije.

Politika zaposlenosti Evropske unije predstavlja važan zadatak i put ka dostizanju adekvatne politike obrazovanja i efikasne socijalne sigurnosti. U tom smislu kao prioritete oblasti smatraju se: promovisanje zapošljavanja i integracije, kao i borba protiv nezaposlenosti mladih, žena i starijih radnika na tržištu rada i obezbeđivanje fleksibilnosti. Evropska strategija promovise individualnu podršku u

pogledu mogućnosti zapošljavanja i podsticanje mobilnosti. Važnu stavku strateških ciljeva čini stav da se rad mora isplatiti, kao sredstvo za podsticanje zapošljavanja u sektoru niskih zarada. Problemi nejednakosti i diskriminacije imaju posebno mesto u aktivnostima Unije na realizaciji Lisabonskih strateških ciljeva.

Od sednice Evropskog saveta održane u Stokholmu (mart 2001. godine) evropska politika zapošljavanja je pretrpela promene. Postavljaju se sve značajnija pitanja o kvalitetu rada, naročito u pozadini budućeg demografskog razvoja, i naglašava značaj konkretnih mera na polju jednakosti za hendikepirane, jednakosti muškaraca i žena, fleksibilnog radnog vremena, permanentnog obrazovanja, zdravlja i bezbednosti na radnom mestu i aktivnog uključivanja zaposlenih. Izveštaj Komisije o realizaciji Evropske strategije zapošljavanja iz jula 2002. godine pokazuje da su postignuti značajni uspesi i da postoje neke slabosti. Došlo je do promena u nacionalnim politikama zapošljavanja, sa jasnim napretkom prema zajedničkim ciljevima EU izloženim u smernicama EES.

Izveštaj Komisije (2002) je takođe utvrdio da postoje četiri glavne slabosti: nezaposlenost (naročito dugoročna), spor napredak prema ciljevima koji najverovatnije neće biti ostvareni do 2010. godine, niska produktivnost i regionalne razlike. Ciljeve naročito ugrožavaju rodne razlike, niska stopa participacije starih i mladih radnika, uporne regionalne razlike i nedovoljno uključivanje socijalnih partnera u EES. Napredak na polju participacije žena na tržištu rada je ostao spor, i varirao od zemlje do zemlje. Konačno, potreba integrisanja nacionalnih etničkih manjina dobila je značajnije mesto u Nacionalnim planovima zapošljavanja.

Stokholmski Evropski Savet je postavio intermedijarne ciljeve za stope zaposlenosti u celoj Uniji do 2005. godine, i to 65% uopšte i 57% za žene. Takođe, predviđeno je povećanje prosečne stope zaposlenosti starijih žena i muškaraca (55–64) na 50% do 2010. godine. U januaru 2003. godine Komisija je predstavila svoj izveštaj u kome je izneta godišnja procena napretka u ostvarivanju ciljeva Lisabonske strategije koji se tiču: pune zaposlenosti, kvaliteta i produktivnosti na radu, kohezije i uključivanja na tržište rada. U skladu sa svojim izveštajem o budućnosti Evropske strategije, Komisija je aprila 2003. godine usvojila predlog o novom nizu smernica i preporuka za zapošljavanje, koje je Savet usvojio.

2.2. Integrisane smernice

U julu 2005. godine, usvojena je revidirana Evropska strategija zapošljavanja, sa dva prioriteta: dinamičnijim dugotrajnim rastom i više kvalitetnijih radnih mesta. U pozadini revizije, nalazila se potreba podsticanja efikasnosti nacionalnih mera i akcija Zajednice.

Novo „integrisane“ smernice za zapošljavanje, za period od 2005. do 2008. godine su:

- „implementiranje politika zapošljavanja, koje imaju za cilj postizanje pune zaposlenosti, poboljšanje kvaliteta i produktivnosti rada, kao i jačanje socijalne i teritorijalne kohezije;
- promovisanje pristupa životnog ciklusa radu;
- obezbeđivanje inkluzivnih tržišta rada, poboljšanje privlačnosti posla i isplativosti za lica koja traže posao, uključujući deprivirane ljude, kao i neaktivne;
- poboljšanje usklađivanja potreba tržišta rada;
- promovisanje fleksibilnosti u kombinaciji sa sigurnošću zaposlenja i redukovanjem segmentacije na tržištu rada, uz uvažavanje uloge socijalnih partnera;
- obezbeđivanje razvoja troškova radne snage, kao i mehanizama uspostavljanja plata, koji pogoduju zapošljavanju;
- proširenje i poboljšanje ulaganja u ljudski kapital;
- prilagođavanje sistema obrazovanja i obuke, kao odgovor na zahteve novih kompetencija“ (Council, 2005: 3).

„Cilju zaposlenosti dat je konkretan oblik, sa zadacima u vezi sa podizanjem stope zaposlenosti i smanjenjem nezaposlenosti. Ovde je fokus na tri grupe populacije – ženama, mladima i starima. EU smatra drugi paket ciljeva, poboljšanje kvaliteta i produktivnosti na poslu, obuhvatnim horizontalnim zadatkom. On obuhvata mere usmerene ka kvalifikacijama, naročito za mlade, kao i doživotno učenje, poboljšanje radnih uslova i socijalne sigurnosti za radnike, pri čemu potonje garantuje i jednake mogućnosti i borbu protiv diskriminacije. Konačno, EU smatra da jačanje socijalne kohezije poziva *inter alia* na odlučnu akciju u sferi sprečavanja isključenosti sa tržišta rada i smanjenja regionalnih dispariteta u zaposlenosti i produktivnosti. Ovde postoji snažan recipročni efekat između socijalne kohezije i ekonomske aktivnosti. Na jednoj strani, budućí da predstavlja osnov dinamične ekonomije, socijalna kohezija se takođe smatra ishodom ekonomske dinamike“ (Braüninger, 2008: 79–80).

U realizaciji navedenih ciljeva preporučeno je da se mere zaposlenosti koncentrišu na tri prioriteta:

1. Privlačenje i zadržavanje više ljudi u zaposlenju, uvećanje ponude radne snage i modernizovanje sistema socijalne sigurnosti;
2. Poboljšanje prilagodljivosti radnika i preduzeća;
3. Uvećanje ulaganja u ljudski kapital kroz bolje obrazovanje i kvalifikacije. Izuzet promovisanja suštinskih kompetencija mladih, doživotno učenje i ovde ima ključnu ulogu.

„Okvir“ nove Strategije zapošljavanja Unije predstavljali su već utvrđeni ciljevi za postizanje pune zaposlenosti; kvaliteta i produktivnosti posla; socijalne i teritorijalne kohezije. U *Joint Employment Report-u 2005/2006*, konstatovano

je da države članice usmeravaju mere ka postizanju pune zaposlenosti (iako sa različitim rezultatima), a mnogo manje i ka dva preostala cilja. Napredak na polju zaposlenosti vidljiv je na nivou EU ali da je ona i dalje 7% ispod cilja koji treba realizovati do 2010. godine. Uvećanje stope zapošljavanja žena i starijih radnika, takođe se nije odvijalo potrebnom dinamikom, ali je uočljiv trend poboljšanja. Potencijalno značajan problem predstavlja trend snižavanja stope zapošljavanja mladih.

Sredinom 2008. godine usvojene su nove smernice (17–24) politike zaposlenosti u zemljama članicama Evropske unije u cilju sprovođenja reformisane Lisabonske strategije (2005) i ostvarivanja postavljenih ciljeva na tržištu rada. Nacionalni programi i izveštaj Komisije (Joint Employment Report 2008/2009) ukazuju na proces primene strategije, napredak i napore da se „privuče i zadrži više ljudi u zaposlenju, poveća ponuda radne snage i modernizacija sistema socijalne zaštite, poboljša prilagodljivost radnika i preduzeća i poveća ulaganje u ljudski kapital kroz bolje obrazovanje i veštine“. Donete smernice važiće tri godine, dok bi izmene sredinom 2010. godine trebalo da budu strogo ograničene.

Integrisane smernice (Council, 2008) zasnivaju se na „tri stuba: makroekonomskoj politici, mikroekonomskim reformama i politici zapošljavanja“ koji bi trebalo da obezbede *punu zaposlenost, poboljšanje kvaliteta i produktivnosti na radnom mestu i jačanje ekonomske, socijalne i teritorijalne kohezije (smernica 17)*⁵³. Saglasno postavljenom cilju stopa zaposlenosti u Evropskoj uniji trebalo bi da u 2010. godini iznosi 70% ukupno, od čega najmanje 60% kod žena i 50% starijih radnika (55–64 godina) i smanjenje stope nezaposlenosti i neaktivnosti.

Podizanje nivoa zaposlenosti podrazumeva postojanje mogućnosti za napredovanje na poslu, pri čemu su od posebne važnosti radni uslovi, plate i naknade i podsticaji i podrška u okviru sistema socijalne zaštite. Savet naglašava značaj usklađivanja radnog i porodičnog života, odnosno obezbeđenje adekvatnog nivoa zbrinjavanja i zaštite dece do 3 godine života i dece predškolskog uzrasta. Povećanje stope zaposlenosti roditelja predstavlja najbolju meru u cilju sprečavanja siromaštva dece, koje je posebno izraženo u porodicama sa jednim roditeljem i mnogočlanim porodicama. Sprovođenje Evropskog pakta o mladima i Pakta za ravnopravnost polova treba da olakšaju prelazak iz sistema obrazovanja na tržište rada. Mladima sa manje mogućnosti treba dati jednake šanse za socijalnu i profesionalnu integraciju, kroz individualizovane mere.

Dogovoreni ciljevi i standardi za period 2008–2010. godine⁵³, zasnivaju se i na sledećim smernicama (Council, 2008): *Promovisanje pristupa životnog ciklusa radu (18), Obezbeđivanje inkluzivnih tržišta rada, povećanje atraktivnosti rada, kao i isplativosti posla onima koji ga traže, uključujući socijalno ugrožene i neaktivne*

⁵³ strateški okvir i ciljeve za naredni period videti tekstu: Vuković, M. Strategija „EVROPA 2020“ u trećem delu knjige

(19), Poboljšanje usklađenosti potreba tržišta rada (20), Obezbeđivanje razvoja troškova rada i mehanizama utvrđivanja zarada, koji pogoduju zapošljavanju (22), Proširenje i poboljšanje ulaganja u ljudski kapital (23), Prilagođavanja sistema obrazovanja i osposobljavanja, kao odgovor na zahteve za novim nadležnostima (24).

Odluka Saveta o smernicama za politike zapošljavanja država članica za period 2008–2010. godine zasnovana je na Evropskoj strategiji zapošljavanja, i podrazumeva:

- da se svakom nezaposlenom licu ponudi posao, zanat, dodatna obuka ili druge mere za zapošljivost; u slučaju mladih koji su napustili školu najkasnije u roku od 4 meseca do 2010. godine, a u slučaju odraslih, najkasnije u roku od meseci;
- da 25% dugoročno nezaposlenih, do 2010. godine, treba da učestvuje u aktivnim merama u vidu obuke, prekvalifikacije, radne prakse ili druge mere zapošljavanja u cilju postizanja proseka tri najnaprednije države članice,
- da lica koja traže posao u čitavoj EU mogu da imaju uvid u sve oglase za slobodna radna mesta preko službi za zapošljavanje država članica;
- porast za pet godina, na nivou EU, efikasne prosečne starosti pri napuštanju tržišta rada, do 2010. godine u odnosu na 2001. godinu;
- obezbeđenje zaštite dece, do 2010. godine najmanje 90% dece između 3 godine starosti i obaveznog školskog uzrasta, kao i najmanje 33% dece ispod 3 godine;
- da u EU prosečna stopa ne bude viša od 10% za one koji rano napuštaju školovanje;
- najmanje 85% od 22-godišnjaka u EU treba da imaju završeno srednjoškolsko obrazovanje do 2010. godine;
- u EU prosečan nivo učešća u doživotnom učenju trebalo bi da bude najmanje 12,5% odraslog stanovništva radnog uzrasta (u 25–64 starosnoj grupi) (Council, 2008: 18–19).

2.3. Otvoreni metod koordinacije

Lisabonski samit je institucionalizovao *Otvoreni metod koordinacije* (Open Method of Coordination – OMC) kao zvanični oblik intervencije koji se ne zasniva na jednakim pravilima i sankcijama, već na fleksibilnijem pristupu koji obezbeđuje mogućnost promena na nacionalnom nivou. „Glavne institucionalne komponente OMC su zajedničke smjernice, nacionalni akcijski planovi, ujednačeni pregledi te zajednički evaluacijski izveštaji i preporuke. Nijedan od tih instrumenata nema obavezujući karakter i nije poduprt zakonskom snagom. Štoviše, dok je sudionici-

ma politike podastrijet relativno jasan program rada, kombinacija tih komponenti ostavlja dosta prostora za nacionalnu kontekstualizaciju. Novi pristup ostaje »blag i naklonjen nacionalnoj državi«. Dakle radi se o dva obilježja koja uveliko olakšavaju donošenje usklađenih odluka“ (Ferrera i dr. 2004: 396).

Ciljevi i procedure, definisane u OMC predstavljaju mehanizme „mekih zakona“, što ne znači da su elementi OMC neefikasni. Čak i bez direktnih mehanizama sankcionisanja, države mogu biti izložene značajnom pritisku drugih zemalja. Iako obezbeđuje široko uključivanje svih relevantnih interesnih grupa i poštovanje principa supsidijarnosti, OMC je podstaknut i potrebom za harmonizacijom i centralizacijom.

Najvažniji definisani elementi OMC-a za Evropsku strategiju zapošljavanja su:

– *Supsidijarnost*. Postoji ravnoteža između koordinacije na nivou Zajednice, naročito prilikom postavljanja zajedničkog cilja i ovlašćenja država članica da implementiraju te ciljeve. Politika zaposlenosti ostaje u nadležnosti država članica. Države članice imaju slobodu u odabiru sopstvenih alatki politike zapošljavanja.

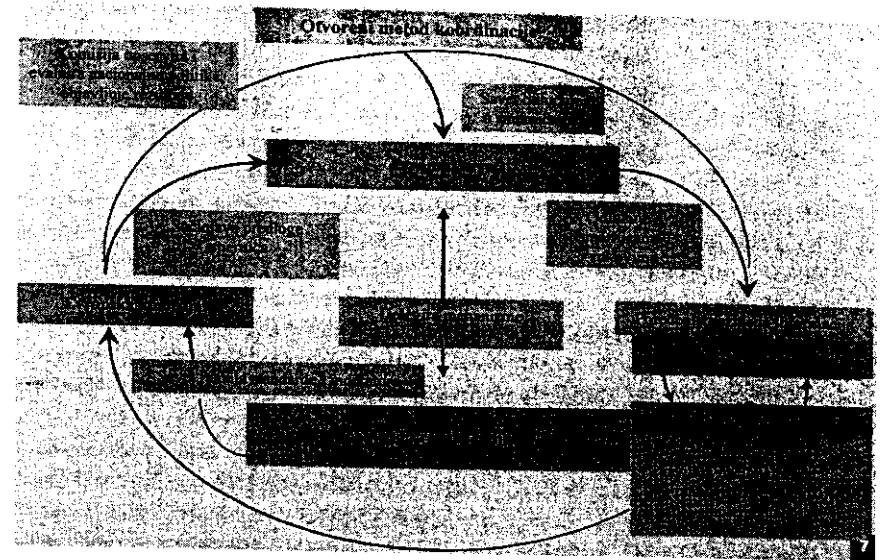
– *Konvergenција*. U okviru koncentrisane strategije, svaka država članica doprinosi podizanju efikasnosti Unije, usklađivanjem sa direktivama. Kao osnovni princip, konvergenција je predviđena i u korišćenom setu alatki.

– *Uzajamno učenje*. Širenje najbolje prakse je jedan od ključnih načela OMC-a. Država A može, na primer, da uči od države B, koja je već uspešno primenila strategije rešavanja problema. U interaktivnom procesu, znanje većine efikasnih politika se širi kroz čitavu Zajednicu.

– *Integrisani pristup*. Nije u pitanju samo politika zaposlenosti u užem smislu tradicionalnog aktiviranja na tržištu rada. Konzistentne strukturne reforme potrebno je lansirati i u socijalnim, obrazovnim, poreskim, kompanijskim i regionalnim politikama. OMC mora, stoga, biti inkluzivan i obuhvatati mnogo različitih aktera.

– *Rukovođenje prema ciljevima*. Kvantifikovane mere, ciljevi i standardi, projektovani su tako da omoguće precizno posmatranje i procenjivanje napretka u različitim državama. Zaključci se publikuju i mogu se, nakon toga, evaluirati i diskutovati u javnosti. Prilikom definisanja i praćenja vrednosti indikatora, Komisija blisko saraduje između ostalog i sa Eurostatom. Postavljanjem poredbenih okvira za nacionalne statističke kancelarije, Eurostat istovremeno obezbeđuje uporedivost podataka.

Postizanje bolje koordinacije kao cilja OMC treba posmatrati u kontekstu efikasnosti i vrednosti koju ona stvara. Sama raznolikost 27 država članica predstavlja osnov velikog broja teškoća u cilju usklađivanja nacionalnih politika i utvrđivanja zajedničkih ciljeva. Sa stanovišta ekonomske razvijenosti EU karakterišu značajne razlike u ekonomskoj snazi (BDP po stanovniku, produktivnost, itd.) i problemi sa kojima se suočavaju pojedinačna tržišta rada. Otuda se opravdano postavlja pitanje koliko zajednički ciljevi i procesi imaju smisla u datim uslovima.



Navedeno prema: Braüninger, 2008

„Koordinacija, isto tako, nije nužno blagoslov kroz standardizovanje i uzajamno učenje. Oba pristupa proizvode rezultate, samo ukoliko se obuhvaćene zemlje suoče sa uporedivim konstelacijama zadataka i problema, a predložene političke alatke mogu efikasno da se upotrebe. To deluje neizvesno. Komparativno visoka nezaposlenost u nekim od ustanovljenih zemalja EU-15 može se logično objasniti. Ona prvenstveno potiče iz tržišnih rigidnosti i/ili visokih troškova radne snage, koji proizilaze iz visokih zarada i/ili visokih troškova koji se ne odnose samo na zarade. Ali, potonji faktor upućuje pre na pogrešne promene u socijalnoj sigurnosti, nego u politikama na tržištu rada“ (Braüninger, 2008:89).

Bitnu odliku OMC predstavlja integracija različitih politika sa fleksibilnošću, u cilju primene usvojenih indikatora i poštovanja specifičnosti nacionalnih sistema. Teškoće u praksi vezuju se i za načine finansiranja prava po osnovu nezaposlenosti i mera na tržištu rada. U nekim zemljama postoje izdašni socijalni sistemi kojima je predviđen visok nivo naknada nezaposlenima (Danska) koji se finansira iz poreza, ali se on ne može primeniti u drugim državama članicama. U zemljama u kojima sistem počiva na doprinosima, obezbeđen je takođe odgovarajući nivo zaštite rizika nezaposlenosti, ali se on pre svega vezuje za prethodno zaposlenje. Primena OMC u datim okolnostima može dovesti do rezultata koji ne predstavljaju realnu sliku stanja u pojedinim zemljama. Otuda je i kombinacija mera na tržištu rada sa fleksigurnošću koja podrazumeva reforme u pravcu finansiranja prava iz

budžeta, problematična sa stanovišta primene u zemljama sa dugom tradicijom razvoja obaveznog socijalnog osiguranja.

Procena efekata primene OMC je različita. I dok su neki skeptični u primeni i rezultatima na tržištu rada, Komisija je 2007. godine istakla pozitivne trendove, poput: rasta zaposlenosti i otvaranja 6,5 miliona radnih mesta u periodu od samo dve godine, pada stope zaposlenosti na najniži nivo od 1980-ih godina i rasta zaposlenosti do 67% i približavanje Lisabonskom cilju. Komisija navodi da je najveći deo rasta na tržištu rada cikličan, i da je polovina država članica razvila ili razvija politike koje se zasnivaju na pristupu fleksibilnosti. U isto vreme konstatovani su nedostaci koji se ispoljavaju u vidu segmentiranosti na brojnim tržištima rada i raširenost problema u oblasti unapređenja doživotnog učenja.

„Verovatno je previše rano za finalno ocenjivanje OMC-a, iako se već mogu izneti ekstremne ocene. OMC ne otvara vrata izmeštenom centralizmu, kao i što nije u potpunosti neefikasan. Iako se OMC teško može predstaviti kao pogon napretka u politici zapošljavanja, čemu su se neki nadali, ipak je pomogao u poboljšanju klime za reforme u EU. Unija je svakako zaslužna za široku debatu, koja se sada vodi u čitavoj Evropi o većoj fleksibilnosti na tržištu rada. Najveći plus je da koordinirani metod stvara vredne informacije, a zatim ih stavlja na uvid zainteresovanim. Uzajamno učenje je umnogome olakšano“ (Braüninger, 2008:91–92). U definisanju smernica i strategija implementacije, OMC se oslanja na dogovorni pristup, ali isto tako vodi ka većoj birokratizaciji i kašnjenjima u sprovođenju potrebnih reformi.

Mobilizacija socijalnih partnera predstavlja takođe značajan element Evropske strategije zapošljavanja i njenih smernica. *Socijalni dijalog* „socijalnih partnera“ usmeren je na sagledavanje uloga i jačanje njihove odgovornosti posebno na polju prilagođavanja radnika u preduzeću, povezivanju fleksibilnosti i sigurnosti, mobilnosti, povećanoj ponudi radne snage, aktivnom starenju i kvalitetu rada. Postoje dve glavne forme na evropskom nivou: bipartitni dijalog između udruženja poslodavaca i udruženja zaposlenih i tripartitni dijalog između ova dva socijalna partnera i političkih organa.

Najvažniji socijalni partneri na evropskom nivou su Konfederacija evropskog biznisa (BUSINESSEUROPE), Evropski centar kompanija sa javnim učešćem i kompanija od opšteg ekonomskog interesa (CEEP), kao i Evropska konfederacija sindikata (ETUC). Ali, socijalni dijalog postoji i na nacionalnom nivou, u različitim granama industrije, kao i u nad-nacionalnim kompanijama.

Socijalni dijalog upućuje na neobavezujuće procedure konsultovanja ili ko-odlučivanja socijalnih partnera o EU odlukama i merama. U međuvremenu je njegov značaj porastao tako da sada socijalni partneri poseduju dalekosežna prava na učešće i iniciranje, koja im obezbeđuju važnu ulogu u oblikovanju politike zapošljavanja, kao i socijalne politike.

Bipartitni socijalni dijalog, ustanovljen 1985. godine i prihvaćen u Ugovoru o EC iz 1986. godine, je od naročitog značaja. U početku, naglasak je bio na pravu na informisanje i konsultovanje, ali od 1990-ih godina, socijalni dijalog dobio je novu dimenziju. Na podsticaj socijalnih partnera, u Protokolu o socijalnoj politici iz 1992. godine, ustanovljena je nova procedura, koja omogućuje socijalnim partnerima da direktno doprinesu kreiranju komunitarnog prava. Članovi 138 i 139 Ugovora o EC predstavljaju zakonski osnov procedura, specifičnih za konsultovanje i pregovaranje sa socijalnim partnerima. Oni predviđaju obavezu Evropske komisije da ih konsultuje po pitanju zakonodavstva, koje se tiče socijalne problematike i problematike zaposlenosti, a koje je navedeno u članu 137 Ugovora o EC.

Evropska komisija smatra socijalni dijalog elementom supsidijarnosti. Udruženja poslodavaca i unije sindikata treba primarno da odlučuju o pitanjima koja se tiču njih samih, o problemima u industriji i zapošljavanju. To znači da se socijalni dijalog ograničava na teme i oblasti aktivnosti za koje su socijalni partneri odgovorni. Odluke se ne mogu donositi sa negativnim posledicama po treće strane, naročito na nacionalnom nivou. Pore toga, mora se voditi računa da se odluke, koje će se bolje rešavati na nacionalnom nivou, ne podignu na status EU. To se odnosi i na pitanje politike zarada, jer su one članom 137 Ugovora o EC, izričito isključene sa nivoa Zajednice.

3. Programi i mere na tržištu rada

Nacionalni sistemi za posredovanje pri zapošljavanju i osiguranje nezaposlenih uvedeni su znatno kasnije (1917. u Velikoj Britaniji) u poređenju sa osiguranjem drugih rizika (povreda na radu, invalidnost, starost, bolest). U periodu procvata države blagostanja 1960-ih godina prošlog veka i visoke stope zaposlenosti, krug korisnika pasivnih mera na tržištu rada se postepeno širio, a vremenom je došlo i do uvođenja posebnih pogodnosti za dugoročno nezaposlene. U isto vreme razvija se aktivna politika, i to najpre u Švedskoj (1948) kao odgovor socijaldemokratije na inflaciju i potrebu dostizanja proklamovane pune zaposlenosti. Naredni period razvoja politike tržišta rada (1970-ih godina prošlog veka) karakteriše „oživljavanje pasivne i proširenja aktivne politike tržišta rada“. Poslednjih decenija aktuelan je koncept politike aktivizacije (workfare) i primena mera fleksibilnosti (flexicurity).

3.1. Mere na tržištu rada

Povećanje zaposlenosti i smanjenje socijalnih izdataka predstavlja deo strategije razvijenih zemalja i država članica EU pojedinačno. Saglasno preporukama relevantnih međunarodnih organizacija (OECD, ILO) predviđeno je formulisanje mera zaštite nezaposlenih usmerenih na zapošljavanje na poslovima sa minimalnim zaradama, fleksibilno radno vreme i beneficije na radnom mestu. Unapređenje mera aktivne politike u odnosu na mere pasivne politike na tržištu rada, jedan je od osnovnih ciljeva politike zapošljavanja u svim zemljama članicama Unije. I pored toga, u celini još uvek preovlađuju pasivne mere, a kao jedan od razloga za takvo stanje navodi se činjenica da su aktivne mere skupe i da za programe aktivne politike na tržištu rada treba izdvojiti značajna sredstva. U većini država članica finansiranje prava u okviru pasivnih mera, ostvaruje se u sistemu obaveznog osiguranja i na osnovu doprinosa poslodavaca i zaposlenih.

Osnovni cilj *pasivnih mera* je pokrivanje rizika nezaposlenosti, odnosno finansijska podrška nezaposlenima koji su ostali bez prihoda ili licima koja traže zaposlenje. Novčane naknade se mogu isplaćivati po osnovu osiguranja i uplate doprinosa ili kao posebna vrsta pomoći radi obezbeđenja minimuma egzistencije, koja se ne vezuje za prethodne uplate. U nekim zemljama OECD u pasivne mere ubraja se i prevremeno penzionisanje ukoliko je vezano sa događajima na tržištu rada.

Aktivnu politiku tržišta rada odlikuje uslovljavanje davanja sa aktivnim traženjem zaposlenja i/ili sa spremnošću da se unaprede lične šanse za zapošljavanje.

Sa druge strane, ovakav zahtev podrazumeva da mora postojati odgovarajuća infrastruktura, npr. ponude za školovanje ili savetovanje. Grupisanje pojedinih mera aktivne politike tržišta rada je različito, a OECD je izvršio podelu na pet grupa: posredovanje i upravljanje pri zaposlenju, stručno usavršavanje i prekvalifikacija, mere za mlade, mere za osobe sa invaliditetom i subvencionisanje radnih mesta (subvencionisana zarada, podrška pri osnivanju firme i direktno stvaranje radnih mesta) (OECD, 2007).

Javni izdaci za politiku tržišta rada (PTR), kao % BDP (2007)

	Ukupno	Usluge	Mere	Podrška
BE	3,29	0,22	1,08	2,00
BG	0,51	0,05	0,31	0,15
CZ	0,46	0,13	0,12	0,20
DK	2,67	0,15	1,02	1,50
DE	2,40	0,27	0,51	1,63
EE	0,15	0,03	0,03	0,10
IE	1,59	0,21	0,47	0,91
EL*	0,55	0,03	0,14	0,38
ES	2,17	0,09	0,63	1,45
FR	2,15	0,22	0,69	1,24
IT	1,12	0,04	0,37	0,71
CY	0,61	0,04	0,09	0,48
LV	0,46	0,06	0,10	0,30
LT	0,43	0,09	0,23	0,11
LU	0,97	0,05	0,39	0,54
HU	0,65	0,08	0,21	0,36
MT	0,50	0,11	0,03	0,36
NL	2,49	0,41	0,68	1,39
AT	1,93	0,17	0,51	1,25
PL	1,02	0,10	0,41	0,51
PT	1,60	0,12	0,39	1,09
RO	0,35	0,04	0,08	0,23
SI	0,50	0,09	0,11	0,30
SK	0,59	0,11	0,12	0,36
FI	2,25	0,13	0,70	1,43
SE	1,74	0,17	0,91	0,67
UK	0,48	0,27	0,05	0,16
EU27	1,68	0,19	0,47	1,02

* podaci za 2006,

Izvor: Eurostat (imp_exsumm)

Aktivirajuće mere su naročitu pažnju privukle zbog uspeha *Welfare to Work* i *Flexicurity* programa, kao što je to bio slučaj u Velikoj Britaniji i Danskoj. Cilj aktiviranja je preusmeravanje sa pasivnog osiguranja na aktivno učešće, što se može ostvariti uvođenjem novih aktivnih instrumenata (mehanizama podsticanja) ili reformom starih pasivnih mera. Uslovi učešća i strukture programa variraju od zemlje do zemlje.

Fleksibilnost označava povezivanje fleksibilnosti na tržištu rada u radnim odnosima (flexibility) i socijalne sigurnosti (security). Otuda se najčešće definiše kao politička strategija koja nastoji da istovremeno unapredi fleksibilnost tržišta rada i radnih odnosa, sa jedne strane i sigurnosti zaposlenja i socijalne sigurnosti, sa druge. Povećanje fleksibilnosti trebalo bi da omogući brže zapošljavanje posebno rizičnih grupa, da pomogne poslodavcima i zaposlenima da se prilagode tržištu i nekim svojim potrebama (obaveze u porodici najčešće kod zaposlenih žena).

Očekivani pozitivni efekti podrazumevaju korišćenje dodatnih mogućnosti za obrazovanje kako bi se obezbedilo zaposlenje i promena zanimanja u skladu sa tražnjom na tržištu rada. To znači da se nasuprot sigurnom statusu i zaposlenju treba prilagoditi prelasku iz jednog u drugo zaposlenje, odnosno periodima prelaska iz zaposlenosti u stanje nezaposlenosti. Otuda se u teoriji sve više govori o sposobnostima zapošljavanja (*employability*).

3.2. Osiguranje nezaposlenih

Pasivne mere⁵⁴ ostvaruju se u okviru prava koje nezaposleno lice ostvaruje nakog gubitka zaposlenja ili dok je na evidenciji službi za zapošljavanje. Koju vrstu pomoći će nezaposleno lice ostvariti i kakva će biti visina novčanih naknada zavisi od nacionalnih sistema. Pritom je potrebno voditi računa o tome da novčane naknade ne utiču destimulativno na traženje posla, ali i to koliko je to stanje blizu granice siromaštva. Na taj način se uspostavlja neophodan obim usklađenosti između aktivne i pasivne politike na tržištu rada, kako bi se postigle željene promene na polju zaposlenosti. U savlađivanju problema nezaposlenosti u zemljama Evropske unije evidentno je nastojanje da se sa pasivnih mera (novčana davanja) pređe na programe aktivne politike zapošljavanja.

Osiguranje nezaposlenih je uobičajeni program javne podrške primanjima u razvijenim zemljama, i tradicionalno pokriva većinu zaposlenih lica, bez obzira na profesiju i sektor rada. Poslednjih decenija zemlje u tranziciji su takođe uvele programe osiguranja za slučaj gubitka zaposlenja, a njihov razvoj je sve prisutniji i u zemljama u razvoju.

⁵⁴ U tekstu je korišćena sintetizovana analiza pasivnih mera u: Vodopivec, M. (2009), *Introducing Unemployment Insurance to Developing Countries*.

Stilizovane odlike programa osiguranja nezaposlenih po grupama zemalja

Zemlje OECD	
<i>Pokrivnost</i>	U ponudi većine zemalja. Većina programa pokriva sva zaposlena lica bez obzira na sektor. U Austriji, Nemačkoj i Luksemburgu pokrivenost zahvata i šegre i polaznike obuke. Mnogi programi izuzimaju samozaposlene, bilo generalno ili po grupama zanimanja, ili na osnovu drugih uslova. Austrija i Kanada izuzimaju zaposlene u javnom sektoru (postoje dobrovoljne provizije za zaposlene provincijskih uprava). Irska, Japan, Portugalija, Španija i SAD izuzimaju radnike privremene ili radnike kod kuće.
<i>Nivo beneficija</i>	obično 40–75 % skorašnjih prosečnih primanja. Značajan izuzetak čini Danska, čiji nivo nadoknade iznosi 90 %. Međutim, gornje granice kod primanja i provizija maksimalnih beneficija ograničavaju obim. Irska, Francuska i Ujedinjeno Kraljevstvo pružaju paušalne beneficije. Period čekanja iznosi 3–7 dana. U nekim zemljama, u slučaju davanja otkaza ili otpuštanja usled lošeg vladanja, period čekanja se produžava na 6 nedelja do 6 meseci. Belgija, Nemačka i UK obezbeđuju dodatne paušalne beneficije ili dodatne procenite prosečnih primanja za radnike sa supružnicima i decom. Većina zemalja, uključujući Belgiju, Kanadu, Dansku, Francusku, Holandiju, UK i SAD, poreske beneficije. U nekim zemljama, primaoci dugoročnog osiguranja nezaposlenih prebacuju se na osiguranje.
<i>Trajanje beneficija</i>	Većina zemalja ograničava trajanje perioda prava na osiguranje nezaposlenih. Maksimalni period je obično 3–12 meseci, ali u nekim evropskim zemljama je mnogo duži (60 meseci u Francuskoj, 48 meseci u Danskoj, 36 meseci u Norveškoj i 32 meseca u Nemačkoj); u Belgiji trajanje beneficija je neograničeno. Ponekad je trajanje beneficija povezano sa faktorima kao što su trajanje uplata u sistem socijalnog osiguranja tokom određenog perioda, zaposlenost i godine.
<i>Uslovi za početak primanja</i>	Generalno da bi se kvalifikovalo lice mora da bude zaposleno najmanje 6 meseci u prethodnoj godini. Obim: 10 nedelja u poslednjih 52 nedelje u Islandu do 540 dana u poslednjih 24 meseca u Portugalu. Sve zemlje zahtevaju registraciju kod službe za zapošljavanje. Francuska i Island imaju zahteve u pogledu boravka. Skoro sve zemlje odbijaju pružanje beneficija u slučaju davanja otkaza, lošeg vladanja, prestanka rada ili odbijanja odgovarajuće ponude za zaposlenje.
<i>Uslovi za nastavak primanja</i>	Programi obično traže od primaoca da bude rapoloživ, u stanju i voljan da radi, kao i da traži zaposlenje. Primaoci se diskvalifikuju ako ne prođu obuku, bez dobrog obrazloženja odbiju odgovarajuću poslovnu ponudu i ne uspeju da se usklade sa potrebama potrage za poslom. Ozbiljnost prestupa određuje period diskvalifikacije (obično 1–4 meseca). Obično se traži redovno javljanje službi za zapošljavanje.
<i>Izvor finansiranja</i>	Većina programa se finansira iz doprinosa poslodavaca i radnika, pri čemu poslodavci imaju jednake ili više stope doprinosa. U samo malom broju zemalja doprinose uplaćuju samo poslodavci ili samo radnici (samo poslodavci uplaćuju u Islandu, Italiji, SADu; samo radnici uplaćuju u Luksemburgu). Obično država pokriva sve deficite koji se pojave. U Italiji i Španiji, država obezbeđuje subvencije. U Italiji, Japanu i SADu država pokriva administrativne troškove – Stope doprinosa vrlo variraju u različitim zemljama. U većini stope doprinosa su manje od 3 procenta (ali neke traže čak i 8 procenta).

Izvor: Navedeno prema: Vodopivec, 2009: 34

„Program obično podrazumeva da zaposleni i njihovi poslodavci plaćaju doprinose određene prema visini zarade, koji nakon gubitka zaposlenja obezbeđuje beneficije u skladu sa prethodno utvrđenim uslovima. Kako bi se kvalifikovao za beneficije, zaposleni mora da zadovolji minimum pokrivenosti ili uplate doprinosa. Razlog za otpuštanje može uticati na pravo korišćenja beneficija, jer lica koja prekidaju radni odnos često bivaju diskvalifikovana. Kontinuirano pravo korišćenja podrazumeva da su lica dostupna za posao i voljna da ga obavljaju, kao i da aktivno tragaju za njim. Beneficije obično predstavljaju proporcioni udeo plate lica u neposredno prethodećem periodu zaposlenja. Početna stopa nadoknade je obično između 40 i 75 procenata prosečne zarade“ (Vodopivec, 2009:2).

Stope nadoknade variraju od zemlje do zemlje. U većini industrijskih zemalja one iznose 40–75%, a u nordijskim državama su još više (u Danskoj 90%). U Sjedinjenim državama postignut je široki konsenzus da je adekvatna stopa nadoknade 50% (O’Leary 1997). Stope zamene u zemljama u razvoju i ekonomijama u tranziciji su većinom 45–70%, mada postoje izuzeci. Tako je npr. od kraja 90ih do 2003. Estonija pružala paušalne beneficije od manje od 10% prosečne plate (Vodopivec, Wörgötter, Raju 2005).

Dužina isplate novčanih naknada nezaposlenima je različita u zemljama OECD i članicama Unije, i uobičajeno se kreće od 6 do 24 meseci, uz mogućnost produženja za lica koja su pred penzijom (2009). U proseku zemlje OECD pružaju više od 60% očekivane zarade na poslu; neke države (Danska, Finska, Holandija, Švedska i Švajcarska) obezbeđuju više od 80%. U SAD stopa naknade je 34%, a u Grčkoj nešto više od 10%, tako da se one nalaze na samom kraju liste OECD zemalja.

U zemljama u tranziciji (novim članicama EU) sredinom 1990-tih godina naknade nezaposlenima su bile važan izvor prihoda siromašnim domaćinstvima (Vodopivec, 2004). U Mađarskoj i Poljskoj je tih godina oko 70% domaćinstava sa najmanje jednim nezaposlenim radnikom ostvarivalo pravo na beneficije po osnovu osiguranja, dok je u drugim zemljama pokrivenost bila znatno niža (do 20%). Pružanje pomoći nezaposlenima nakon isteka vremena za isplatu naknada po osnovu osiguranja, ostvaruje se i u okviru programa minimalnih prihoda u sistemu socijalne zaštite.

Sredinom 1990-tih beneficije za nezaposlene su bitno doprinele smanjenju siromaštva u evropskim ekonomijama u tranziciji, posebno u Mađarskoj i Poljskoj. U Mađarskoj siromaštvo među nezaposlenima se smanjilo za 50%, u Poljskoj je opalo za 45% (Vodopivec i dr, 2005). U Mađarskoj 5,4% ukupnog stanovništva je uspelo da se oslobodi siromaštva zbog beneficija za nezaposlene, u Poljskoj taj udeo je 3,5%. Beneficije su uticale na smanjenje siromaštva među nezaposlenima i u drugim zemljama, ali u znatno manjem obimu. U Slovačkoj naknade nezaposlenima uticale su na smanjenje siromaštva (2009) za 31% u Slovačkoj, 16% u Sloveniji, 9% u Litvaniji i 5% u Estoniji. Ovi efekti se tumače kao posledica povoljnih distributivnih odlika programa osiguranja nezaposlenih.

Stilizovane odlike beneficija programa osiguranja nezaposlenih po grupama zemalja

Istočna Evropa i centralna Azija (ekonomije u tranziciji)	
<i>Pokrivenost</i>	Većina programa pokriva zaposlene radnike (potrebno državljanstvo ili boravak). Pokrivenost po godinama: obično 16–59 za muškarce i 16–54 za žene. U Hrvatskoj i lica koja su završila univerzitet ili obuku imaju pravo na beneficije. Privremeni ili radnici kod kuće su obično izuzeti.
<i>Nivo beneficija</i>	Početne stope zamene su obično 50–75 posto skorašnjih prosečnih primanja. Beneficije su ograničene na najniži nivo (obično minimalna zarada) i najviši nivo (obično prosečna lokalna, regionalna ili nacionalna zarada). Nivo beneficija ponekad zavisi od uzroka gubitka posla. Neke zemlje (Albanija, Poljska) pružaju paušalne beneficije (obično proporcionalno sa minimalnom ili prosečnom zaradom) umesto ili dodatno uz beneficije koje zavise od zarade. Paušalne i beneficije zavise od zarade mogu biti stepenovane tokom vremena. Ponekad lica koja prvi put traže posao mogu imati paušalne beneficije koje su niže od minimalne zarade. Albanija, Azerbejdžan, Kirgizija, Ruska federacija, Ukrajina i Uzbekistan obezbeđuju dodatke.
<i>Trajanje beneficija</i>	6–24 meseca. U nekim zemljama (Azerbejdžan, Bugarska, Hrvatska, Poljska, Ruska Federacija, Slovačka, Slovenija) pravo na trajanje varira zavisno od trajanja zaposlenosti, uplate doprinosa i/ili godina. Završnici univerziteta ili obuka imaju pravo na kraće periode. Neke zemlje pružaju produžetke za lica nadomak godina stupanja u penziju.
<i>Uslovi za početak primanja</i>	Minimalni uslov prošle zaposlenosti je u rasponu od 3 do 12 meseci. Sve zemlje zahtevaju registraciju u službama za zapošljavanje. U Latviji, Rumuniji i Ukrajini nivo primanja mora biti ispod minimalne zarade. U većini zemalja radnici nemaju pravo na beneficije ako su otpušteni zbog lošeg vladanja.
<i>Uslovi za nastavak primanja</i>	Programi obično traže od primaoca da bude rapoloživ, u stanju i voljan da radi, kao i da traži zaposlenje. Primaoci se diskvalifikuju ako odbiju da prođu obuku. Beneficije se smanjuju, odlažu ili ukidaju ako primalac odbije odgovarajuću poslovnu ponudu ili se ne uskladi sa zahtevima tržišta rada (potraga za poslom, učestvovanje u javnim poslovima ili obuci) ili podnese lažne tvrdnje.
<i>Izvor finansiranja</i>	Skoro sve zemlje zahtevaju doprinose poslodavca; neke takođe zahtevaju doprinose radnika. Doprinosi radnika su u rasponu od 0.006 procenata (Slovenija) do 1 procenta (Slovačka). Doprinosi poslodava su u rasponu od 0.006 procenata (Slovenija) do 6 procenata (Albanija). Uobičajene su subvencije od strane države (ako su potrebne) ili finansiranje deficita. U Litvaniji država finansira osiguranje nezaposlenih za specijalne grupe. U Slovačkoj država finansira specijalne programe.

Izvor: Navedeno prema: Vodopivec, 2009: 35

Isplata beneficija po osnovu nezaposlenosti dovodi se u neposrednu vezu sa destimulativnim efektima u traženju posla i ponovnom zapošljavanju. Za nezaposlene ostvarivanje prava može da utiče i na odluku o minimalno prihvatljivoj zardi, koja bi trebalo da bude iznad visine novčanih naknada koje ostvaruju u sistemu osiguranja i programa podrške siromašnima. Neke empirijske studije pokazuju

da beneficije za nezaposlenost *povećavaju* nezaposlenost (Calmford i Holmlund, 2000), što sugerira postojanje etičkog problema pri potrazi za poslom korisnika beneficija. Na drugoj strani mnoga istraživanja u pojedinim zemljama ukazuje na značajne pozitivne efekte pasivnih mera. Efekti beneficija na učešće na tržištu rada nisu dovoljno istraženi, ali ima rezultata da u zemljama OECD osiguranje nezaposlenih privlači određene grupe, kao što su žene i stariji radnici, u radnu snagu.

„Efekti osiguranja nezaposlenih na produktivnost i rast nisu dobro istraženi i kvantifikovani. Predviđanja teorijskih modela o *efektima na produktivnost* su suprotna jedna drugom. Neka tvrde da time što ublažavaju rizik od nezaposlenosti, programi osiguranja mogu da podrže stvaranje visokokvalitetnih i visokoplaćenih poslova. Time osiguranje nezaposlenih pomaže ekonomiji da postigne veću produktivnost. Takođe se očekuje da izdašnije beneficije pomažu radnicima da steknu specijalizovanije veštine, što unapređuje efikasnost. Drugi istraživači smatraju da programi koje sprovodi vlada mogu da poremete socijalne strukture koje održavaju privatne transfere i da mogu da smanje privatne transfere, za veću sumu od javno obezbeđenih beneficija, i da time naškode efikasnosti ekonomije. Skorašnji empirijski dokazi OECD zemalja sugerisu da se ovi efekti međusobno potiru: koristeći metod razlika-u-razlici, OECD (2007) utvrđuje da izdašnost beneficija za nezaposlenost nema značajnog dugoročnog uticaja na BNP po glavi (Vodopivec, 2009: 9).

U većini studija ističe se da prava po osnovu osiguranja nezaposlenih povećavaju trajanje perioda nezaposlenosti korisnika, iako obim ovih efekata još nije pouzdano utvrđen. Beneficije takođe doprinose postojanosti nezaposlenosti, a njihovi efekti po restrukturiranje i rast su manje istraženi. Dokazi o nekim drugim efektima, kao što je uticaj beneficija na zaradu nakon nezaposlenosti ocenjuju se kao manje značajni. Ipak se ističe da postoje ubedljivi dokazi o negativnim efektima osiguranja nezaposlenih, mada njihov obim nije precizno utvrđen, jer na to utiče niz specifičnosti tržišta rada u zemljama članicama Unije.

3.3. Programi aktivnih mera

Aktivne mere na tržištu rada (AMTR)⁵⁵ doživele su veliki napredak tokom poslednje dve decenije, pri čemu se opseg mera i njihova orijentacija razlikuje između pojedinih država. Aktivni pristup tržištu rada rezultirao je povećanjem izdataka za finansiranje raznovrsnih programa, pa su u OECD državama, u periodu od 1980–2003. godine, izdvajanja za aktivne mere porasla sa 0,4 na 0,7% BDP. U 2003. godini za AMTR u SAD se izdvajalo 0,2%, a u Danskoj 1,6% GDP. Razlike postoje i u načinu koncipiranja i implementaciji aktivnih mera, što se dovodi u

⁵⁵ U analizi aktivnih mera korišćen je tekst Đulijana Bonolija: *Politička ekonomija aktivnih mera na tržištu rada*.

neposrednu vezu sa uticajem političkih faktora. Tako se uvođenje aktivnih mera u Švedskoj ocenjuje kao rezultat uticaja stranaka leve i sindikata.

Postoji raznolikost u shvatanju aktivnih mera, koje su 1950-ih godina uvedene u Švedskoj sa ciljem da poboljšaju odnos između ponude i potražnje radne snage, finansirajući sveobuhvatne programe profesionalne prekvalifikacije i dokvalifikacije. U zemljama engleskog govornog područja, aktivne mere obuhvataju kombinaciju pomoći u traženju posla, vremensko ograničenje socijalnih beneficija, reviziju i redukciju visine socijalnih davanja i primenu sankcija u slučaju nepoštovanja propisanih pravila. U stručnoj literaturi se najčešće vrši klasifikacija na dve vrste AMTR: mere koje bi trebalo da unaprede ljudski kapital i one koje su usmerene na uključivanje korisnika socijalne pomoći na tržište rada (Bonoli, 2009). Ova podela vezana je za koncept aktivizacije i „četiri idealna tipa AMTR“, koji u praksi ne postoje u čistom obliku. To su: podsticajne mere, pomoć prilikom zapošljavanja, upošljavanje i ulaganje u ljudski kapital.

Četiri idealna tipa aktivnih mera na tržištu rada

Tip	Cilj	Instrument
Podsticajne mere	Ojačavanje pozitivnih i negativnih podsticaja za zapošljavanje korisnika socijalnih davanja.	– poreske olakšice – vremensko ograničenje socijalnih davanja – sankcije – uslovljavanje beneficija
Pomoć prilikom zapošljavanja	Otkloniti prepreke za zapošljavanje i pomoći ponovo uključivanje na tržište rada	– savetovanje – subvencionisanje novih radnih mesta – programi traženja posla
Upošljavanje	Održavati ljude bez posla uposlenim	– zapošljavanje u javnom sektoru – programi obuke
Ulaganje u ljudski kapital	Unaprediti veštine nezaposlenih ljudi kako bi se povećala njihova komparativna prednost na tržištu rada	– osnovno obrazovanje – programi profesionalne obuke

Izvor: Bonoli (2010:11)

„Prvi tip aktivnih mera na tržištu rada, *podsticajne mere*, odnosi se na implementaciju mera koje bi trebalo da ojačaju motivisanost korisnika socijalnih nadoknada da se uključe na tržište rada. Brojni su načini za ostvarivanje ovog cilja, npr. redukcija pasivnih nadoknada, njihove visine ali i vremenskog perioda tokom kojeg lice može ostvarivati pravo na njih. Ostvarivanje prava na beneficije takođe može biti uslovljeno učestvovanjem u nekim programima obuke ili zapošljavanja. Konačno, podsticaj za zapošljavanje može se postići i uvođenjem sankcija. Podsticajne mere se mogu pronaći u svim državama, ali su posebno prisutne u zemljama engleskog govornog područja.

Drugi tip, koji se zove „*pomoć prilikom zapošljavanja*“, sačinjen je od mera koje imaju za cilj otklanjanje prepreka za participaciju na tržištu rada, a da nužno

ne moraju uticati na motivaciju za zapošljavanje. One podrazumevaju sprovođenje programa traženja posla kao i programa koji će nezaposlena lica približiti potencijalnim poslodavcima. Usluge savetovanja, kao i subvencionisanje novih radnih mesta, posebno mogu biti značajne za korisnike socijalne pomoći koji su već dugo izvan tržišta rada, ili za one koji nikada nisu bili u radnom odnosu.

Treći tip aktivnih mera na tržištu rada se može odrediti kao mere „upošljavanja“. Njihov primarni cilj nije promovisanje ponovnog uključivanja lica na tržište rada, već upošljavanje nezaposlenih ljudi, kako bi se zaustavio negativni uticaj koji nezaposlenost može imati na veštine i znanja kojim oni već raspolažu. Ovaj tip AKTR je sastavljen od programa kreiranja novih radnih mesta pa do sticanja radnog iskustva angažmanom u javnom ili neprofitnom sektoru, ali i programima obuke putem pohađanja nekih kratkih kurseva, koji ne menjaju fundamentalno tip poslova koje lice može obavljati. Među glavnim „korisnicima“ ovih mera tokom 1980-ih i 1990-ih godina su bile države kontinentalne Evrope.

Na kraju, AMTR mogu obezbeđivati *profesionalnu obuku* nezaposlenim licima ili čak pružati osnovno obrazovanje. Ideja je da se pruži još jedna šansa građanima koji nisu uspeali da „profitiraju“ od obrazovanja koje imaju ili čije su veštine potpuno zastarele. Ove mere su najrazvijenije u Nordijskim zemljama (Bonoli, 2010:11–12).

Razvoj aktivnih mera u posleratnom periodu vezuje se za Rehn-Meidnerov model (sindikalni ekonomisti) čiji su ciljevi bili: ravnopravna distribucija zarada, održiva puna zaposlenost i modernizacija švedske industrije. Ravnopravnost i puna zaposlenost je podrazumevala solidarnu redistribuciju zarada, što je u suštini značilo njihovo identično povećanje u svim sektorima privrede. Aktivnim merama trebalo je takođe rešiti problem nezaposlenosti i nedostatka kvalifikovane radne snage programima prekvalifikacija. Kao takav navedeni koncept rešavanja problema na tržištu rada bio je prihvatljiv ne samo za radnike već i švedske poslodavce.

Rehn-Meidnerov model je izazvao interesovanje u drugim zemljama u kojima je došlo do velikih ekonomskih promena u narednom periodu i neusklađenosti ponude i tražnje na tržištu rada. U Italiji je tokom 1950-ih i 1960-ih godina zabeležen ekonomski rast koji je izazvao poremećaje na tržištu rade snage. Industrijama sa Severa koja se ubrzano razvijala bili su potrebni kvalifikovani radnici, a radna snaga sa juga bila je nekvalifikovana. U cilju prilagođavanja ponude i potražnje na tržištu rada usvojen je Zakon o učenju zanata 1955. godine, koji je predviđao povlastice za poslodavce koji primaju radnike na obuku i nešto niže zarade za radnike. Ponudena rešenja nisu naišla na dobar prijem, jer poslodavcima nije odgovarao način selekcije radnika koju je vršila kancelarija za zapošljavanje. Sindikati su ukazivali na mogućnosti zloupotrebe i opasnosti da se mladim radnicima i početnicima daju niže zarade, tako da su krajnji efekti bili dosta skromni.

U Francuskoj su takođe tokom 1990-ih učinjeni koraci u pravcu uvođenja aktivnih mera na tržištu rada. Zakonom iz 1963. godine predviđen je sistem bene-

ficija za nezaposlene koj su uključeni u programe prekvalifikacija i obuke. To je naišlo na otpor sindikata koji su strahovali da će se na ovaj način povećati uticaj države na upravljanje osiguranjem za nezaposlene (UNEDIC). Time su produbljeni sukobi između socijalnih partnera i nosilaca javne politike, a izostali su i rezultati na unapređenju veština nezaposlenih ljudi u kontekstu nedostataka tržišta rada. Pogrešno tumačenje uloge koju beneficije za nezaposlene imaju od strane socijalnih partnera, posebno radničkih sindikata, ozbiljno je ograničilo uticaj koji su nove aktivne mere trebalo da imaju na politiku nezaposlenosti.

„Suprotno uvreženom mišljenju među teoretičarima države blagostanja, posleratni period nije bio period isključivo pasivnih oblika pomoći. U nekoliko evropskih država bile su preuzimane inicijative kojima je trebalo ojačati aktivnu dimenziju sistema zaštite i pomoći nezaposlenim licima, pretežno kroz programe obuke i profesionalnog osposobljavanja. Ovo je svakako imalo smisla. U kontekstu ubrzanog ekonomskog rasta i povećane potražnje na tržištu rada, prekvalifikacija nezaposlenih lica, tako da se oni mogu integrisati u privredu, bila je nužan i logičan korak“ (Bonoli, 2010:17).

Recesija koju je izazvala naftna kriza 1973–1975. godine negativno se odrazila na tržište rada i zaposlenost u evropskim zemljama. Aktivne mere nisu mogle da reše problem nezaposlenosti, već su usmeravane na redukovanje posledica dugog čekanja na zaposlenje i sprečavanje degradacije ljudskog kapitala. Kao odgovor na krizu zaposlenosti u Švedskoj je 1970-ih godina došlo do transformacije AMTR. Primena mera „upošljavanja“ obezbedilo je održavanje relativno visoke stope zaposlenosti u Švedskoj, i to pre svega zahvaljujući rastu u javnom sektoru. U tom periodu (1974), Švedska je usvojila relativno strog Zakon o zapošljavanju, koji je označio postepeno udaljšavanje od ranije prakse i približavanje modelu zemalja članica EU.

Porast nezaposlenosti i efekti krize 1970-ih godina u Nemačkoj doveli su do promena u politici zapošljavanja i preusmeravanje napora ka aktivnim merama. Zakon o promovisanju zaposlenosti iz 1969. godine je predviđao primenu programa prekvalifikacije radne snage, u cilju smanjenja otvorene nezaposlenosti. U periodu nakon krize 1970-ih godina broj učesnika programa aktivnih mera je drastično porastao, a naglasak je bio na sticanju višeg nivoa kvalifikacija. Tih godina je, prema podacima OECD, Nemačka izdvajala 1% BDP za aktivne mere, i bila je znatno iznad ostalih država članica.

Tokom postkriznog perioda 1980-ih i 1990-ih godina, važna funkcija AMTR bila je „upošljavanje“, a programi obuke nastavljaju da igraju važnu ulogu. Evaluacija rezultata primene aktivnih mera pokazuje da su „mnogi programi na tržištu rada neefikasni ili čak kontraproduktivni u smislu uticaja koji imaju na povratak na tržište rada nezaposlenih lica“. Ovo se tumači kao posledica njihove usredsređenosti na politiku upošljavanja.

Stabilizacija stanja na tržištu rada sredinom 1990-ih dovela je do promena u konceptu i sadržaju aktivnih mera i njihovom „zaokretu ka aktivizaciji“. Eko-

nomski napredak obezbedio je povećanje zaposlenosti, a nezaposlenost je pre svega pogađala lica sa nižim nivoom kvalifikacija. U takvim uslovima AMTR su bile usmerene na podsticanje zapošljavanja i pomoć u traženju posla. Sve više se koristi termin „aktivacija“ koji označava napore većeg uključivanja nezaposlenih u legalne tokove tržišta rada.

Danska je prva prihvatila novu paradigmu u politici zapošljavanja, i pored toga što ranije nije imala razvijene programe aktivnih mera. Usvojen je čitav niz reformskih mera koje su u potpunosti transformisale danski sistem kompezacija za slučaj nezaposlenosti. Pravo na beneficije za nezaposlene vremenski je ograničeno na sedam godina, a izvršena je i decentralizacija usluga namenjenih nezaposlenim licima. Promene koje su kasnije preduzimate, samo su dodatno ojačavale podsticajne mere i programe pomoći prilikom zapošljavanja. Vremenski period uživanja beneficija skraćen je na sedam godina, a zatim pet (1996), odnosno četiri (1998) godine. Za nezaposlena lica mlađa od 25 godina dužina isplate „pasivne“ pomoći je skraćena na dve godine i šest meseci. Nakon isteka ovog vremena, korisnici imaju pravo i obavezu participacije u nekom od programa na tržištu rada.

Promene u pravcu aktivizacije podrazumevale su uvođenje mera u cilju povećanja zaposlenosti mladih. „Zakonom o aktivnoj socijalnoj politici“, princip aktivacije je proširen i na korisnike socijalne pomoći, razvojem mera podsticaja inkluzije na tržište rada i ograničavanjem beneficija. Druge zemlje sledile su primer Danske u preusmeravanju sistema beneficija za nezaposlene ka aktivaciji. Velika Britanija je usvojila pristup koji se zasnivao na podsticajnim merama uz redukciju beneficija za nezaposlene.

3.4. Politika aktivizacije i fleksigurnost

Pomeranje težišta aktivnosti sa pasivne na aktivnu politiku tržišta rada proizilazi iz prirode problema i ciljeva reformi u okviru „trećeg puta“ koji se zasniva na kombinaciji mera povećanih intervencija države i slobodnog delovanja tržišta. Usklađivanje kriterija efikasnosti i pravednosti na tržištu rada ostvaruje se raznovrsnim metodama koje između ostalog uključuju prilagođavanje radnog prava, uvođenje atipičnih oblika zaposlenosti, decentralizaciju tarifne politike, ograničavanje davanja i aktivizaciju nezaposlenih. Krajnji cilj novog pristupa je integracija nezaposlenih u tržište rada jačanjem lične odgovornosti za svoj položaj kako bi se smanjila zavisnost od državne pomoći.

Uspešni programi u politici zapošljavanja koji su razvijeni 1990-ih godina u Danskoj proširili su se kao „politički virus“ na druge evropske zemlje. Koncept *Workfare* se uobičajeno shvata kao uslovljavanje korišćenja transfernih davanja adekvatnim nivoom angažovanja korisnika. Pojam potiče iz SAD, ali je kasnije prihvaćen i u Velikoj Britaniji (1997) i proširen premisom *welfare-to-work* koja daje prioritet

zapošljavanju u odnosu na druge mere aktiviranja. U socijalno-političkom konceptu novi odnos prema tržištu rada znači davanje jednakih šansi nezaposlenima, umesto prava na pomoć preraspodelom i naknadama po osnovu osiguranja.

U Švedskoj je primena koncepta aktivizacije počela kasnije, ali od kraja 1990-ih godina programi na tržištu rada su se mnogo više zasnivaju na podsticajnim merama i pomoć prilikom zapošljavanja. Pooštreni su zahtevi koji se tiču pronalaženja zaposlenja, tako da lice koje ne uspe da pronađe posao posle 100 dana, nakon toga mora da prihvatiti posao bilo gde u zemlji, čak i u slučaju da visina zarade bude niža za najviše 10% od visine beneficije za nezaposlene. Reforme osiguranja za slučaj nezaposlenosti koje su izvršene 2001. godine samo su dodatno ojačale posvećenost aktivnim merama na tržištu rada. Prvo, poništena je bila mera koja je dozvoljavala obnovu prava na osiguranje za slučaj nezaposlenosti učestvovanjem u programima na tržištu rada. Drugo, reforma je ustanovila „garanciju aktivnosti“ za dugotrajno nezaposlena lica ili lica koja su u riziku da to postanu. Ovo zahteva mnogo aktivnosti na individualnom nivou u cilju ponovnog zapošljavanja (Swedish Government, 2002).

Nemačka je takođe dosta kasno otpočela sa primenom koncepta aktivacije. Jedan od najvažnijih koraka koji je načinjen u ovom pravcu bilo je usvajanje Zakona o aktivnom zaposlenju u 2001. godini. Reformama su uvedene i neke od mera koje se smatraju standardnim instrumentima za implementaciju koncepta aktivacije: strožija kontrola procesa tražnje posla, profilisanje nezaposlenih lica, subvencionisanje zarada, ugovori o reintegraciji (Clasen, 2005: 72).

Ove izmene su smatrane nedovoljnim, tako da je formirana nova komisija sa ciljem da načini predlog na koji način bi se mogle modernizovati politika tržišta rada. Radom komisije je rukovodio Peter Harz, nekadašnji menadžer u Folksvagenu. Njihov predlog je predviđao nekoliko mera koje je trebalo usvojiti, koje su se kretale od pružanja podrške nezaposlenim licima u pokretanju samostalnog biznisa pa do uspostavljanja agencije koja je trebalo da nezaposlenima pruža pomoć i podršku prilikom traženja zaposlenja. Međutim, najkontroverzniji predlog odnosio se na spajanje beneficija za dugotrajno nezaposlene i socijalne pomoći (tzv. Harcova IV reforma), što je uticalo da mnogi korisnici izgube pravo na beneficije (Bonoli, 2010).

Povećanje zaposlenosti vezuje se za veću fleksibilnost na tržištu rada koja u jedinstvu sa sigurnošću predstavlja novi koncept poznat pod nazivom *fleksigurnost*. Niži nivo socijalne sigurnosti i novi oblici radnog anagažovanja (nepuno radno vreme) trebalo bi da obezbede lakše prilagođavanje zahtevima tržišta i brže pronalaženje posla u uslovima smanjene tražnje. Ali, mobilnost i fleksibilnost predstavljaju rizike po mnoge radnike koje treba ublažiti pružanjem odgovarajuće pomoći.

Na tim osnovama Evropski savet je krajem 2007. godine odobrio *osam zajedničkih principa fleksigurnosti* prema kojima bi države članice EU trebalo da usmere politiku zapošljavanja i socijalnu politiku.

To su:

1. Cilj je odlučnija primena Lisabonske strategije;
2. Fleksigurnost je usmerena na kombinovanje fleksibilnih i pouzdanih ugovornih mehanizama, obuhvatnih strategija doživotnog učenja, efikasnih politika na tržištu rada i održivih sistema socijalne sigurnosti;
3. Fleksigurnost ne predstavlja jednu jedinu, uniformnu strategiju. Naprotiv, svaka država članica treba da osmisli sopstvene propise;
4. Fleksigurnost pomaže u rešavanju problema segmentacije tržišta rada. Koncept, a što je još važnije, problem mogućnosti zapošljavanja, tiče se sveukupne radne snage, onih koji su zaposleni, kao i onih koji su nezaposleni;
5. Unutrašnja fleksigurnost (u preduzeću) i spoljašnja fleksigurnost su podjednako važne i zaslužuju podršku;
6. Kao podršku fleksigurnosti u sferi jednakosti polova, potrebno je promovisati jednak pristup kvalitetnom zaposlenju žena i muškaraca i ponuditi sredstva za usklađivanje porodičnih i profesionalnih obaveza;
7. Fleksigurnost zahteva klimu poverenja i širok dijalog javnih vlasti i socijalnih partnera;
8. Troškove i koristi fleksigurnosti treba pravično distribuirati između biznisa, javnog budžeta i pojedinaca.

Danski model fleksigurnosti pokazao se veoma uspešnim, što se na tržištu rada ispoljava u vidu niske stope nezaposlenosti (3,3% u 2008. godini) u poređenju sa stanjem u drugim zemljama članicama EU. Analize pokazuju da su na pozitivne promene uticale ne samo mere fleksigurnosti već i makroekonomska politika koja je bila usmerena na povećanje zaposlenosti. Uz to ovaj model je kompleksniji od uobičajenog svođenja na prostu jednačinu „fleksibilno tržište rada plus velikodušne socijalne naknade jednako je visoka zaposlenost“. Visoke naknade za nezaposlene uslovljene su obavezama u aktivnom traženju posla i obuci, kako bi se poboljšao nivo kvalifikacija i uskladio sa tražnjom na tržištu rada. Od nezaposlenog se očekuje povećana mobilnost i prihvatanje zaposlenja koje može biti dosta udaljeno od mesta stanovanja.

„Javne službe za zapošljavanje nude ciljanu, pojedinačnu pomoć u pronalaženju posla i prevazilaženju prepreka za zapošljavanje. „Sankcija i podrška“ predstavljaju suštinski deo ovog modela. Štaviše, u skandinavskim državama, fleksibilnost označava više od proste zakonske zaštite od otkaza. Ona podrazumeva jasnu posvećenost političara, društva i socijalnih partnera strukturnim promenama i prilagođavanjima, koja one zahtevaju (Magnusson, 2007). Poslodavci i sindikati su aktivno uključeni – često zajedno – u obuku zaposlenih i u programe kojima se unapređuju mogućnosti zapošljavanja (poput staranja o deci). Mnoge odluke mogu se doneti u samim kompanijama. Važne ugovorne kompetencije su decentralizovane“ (Braüninger, 2008: 84).

Analize efekata mera fleksigurnosti se razlikuju. I dok neki ocenjuju da je uspeh rezultat mera liberalizacije u oblasti radnog prava, ima mišljenja da je do povećanja zaposlenosti u Danskoj došlo pre svega aktivizacijom nezaposlenih, odnosno zbog izdašnih naknada. Na nivou Unije ne postoji jedinstven stav o dometima i efektima fleksigurnosti, pa su otuda i nacionalne politike različite. Evropska unija putem instrumenta zakonski obavezujućih normi, naročito direktiva, vrši značajan uticaj na politiku na tržištu rada i na zakonodavstvo u državama članicama. Od usvajanja Evropske strategije zapošljavanja primenjuje se Otvoreni metod koordinacije kao način zajedničkog definisanja zadataka i promovisanja njihovog implementiranja u državama članicama.

Literatura

- Bonoli, G (2010), *The political economy of active labour market policy*, Working Papers on the Reconciliation of Work and Welfare in Europe – REC-WP 01/2010 http://www.socialpolicy.ed.ac.uk/recwoweputdiac/working_papers/
- Braüninger, D. (2008), Politika tržišta rada EU – kompleksan balans između supsidijarnosti i centralizacije, U: Vuković, D. Arandarenko, M (ur). *Tržište rada i politika zaposlenosti*, Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka,
- Calmfors, L., and B. Holmlund (2000), „Unemployment and Economic Growth: a Partial Survey,“ *Swedish Economic Policy Review* 7(1): 109–153.
- Clasen, J. (2000), Motives, Means and Opportunities: reforming Unemployment Compensation in the 1990s *West European Politicus* 23, 89–112.
- Council (2005), *Council Decision of 12 July 2005 on Guidelines for the Employment Policies of the Member States (2005/600/EC)*. OJ L 205/21 of 6/8/2005.
- Council (2008), *Council Decision of 7 July 2008 on Guidelines for the Employment Policies of the Member States 10614/2/08*.
- Council of the European Union (2009), *Joint Employment Report 2008/2009*, Brussels: 7435/09
- EC (2006), Enlargement Strategy and Main Challenges 2006–2007, including annexed special report on the EU's capacity to integrate new members. COM (2006) 649.
- EC (2009), *Employment in Europe 2009*, Manuscript completed in October 2009, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, EC.
- EC (2010), *Employment in Europe 2010*, Manuscript completed in October 2010, Luxembourg: Publications Office of the European Union, EC.
- EC (2010), *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010*, Manuscript completed in February 2010, Luxembourg: Publications Office of the European Union, EC.
- Europäische Kommission (2004), *Mehr und bessere Arbeitsplätze für alle – Die Europäische Beschäftigungsstrategie*, Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- European Commission (2010), *Lisbon Strategy evaluation document*, Brussels, SEC(2010) 114 final.
- European Commission (EC, 2004), *Employment in Europe 2004*, Recent Trends and Prospects, Brussels.
- Europäische Kommission (2007), *Zehn Jahre Europäische Beschäftigungsstrategie (EBS)*, Luxemburg, Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit.
- Eurostat (2007) <http://ec.europa.eu/eurostat>.
- Eurostat (2010), *Combating poverty and social exclusion. A statistical portrait of the European Union 2010*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2010), *The Social Situation in the European Union 2009*, European Commission – Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities – Unit E.1
- Ferrera, M. Matsaganis, M. Sacchi, S. (2004), *Model otvorene koordinacije protiv siromaštva: Novi „proces socijalnog uključivanja“* – prevod, Zagreb, Revija za socijalnu politiku, 2–4/04.
- Ferrera, M. Matsaganis, M. Sacchi, S. (2004), *Model otvorene koordinacije protiv siromaštva: Novi „proces socijalnog uključivanja“* – prevod, Zagreb, Revija za socijalnu politiku, 2–4/04.
- Joint Employment Report 2005/2006 (2006), *More and Better Jobs: Delivering the Priorities of the European Employment Strategy*, http://ec.europa.eu/employment_social/employment_strategy/jer_en.pdf,
- Lisbon European Council (2000), Lisbon European Council of 23 and 24 March 2000, Presidency Conclusions. www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm,
- Miščević, T. (2002), Strategija zapošljavanja u Evropskoj uniji, U: *Socijalni rad i socijalna politika – zbornik radova*, Beograd, Fakultet političkih nauka.
- Miščević, T. (2002), Strategija zapošljavanja u Evropskoj uniji, U: *Socijalni rad i socijalna politika – zbornik radova*, Beograd, Fakultet političkih nauka.
- OECD (2007), *The Social Expenditure database: An Interpretive Guide – SOCX 1980–2003*. Version: June 2007. www.oecd.org/els/social/expenditure
- Sauer, M. (2008), Teorijski uvod u politiku tržišta rada, U: Vuković, D. Arandarenko, M (prired). *Tržište rada i politika zaposlenosti*, Beograd, Fakultet političkih nauka,
- Schmidt, M., Anfred G. (1998): Arbeitsmarktpolitik. In: Nohlen, Dieter (Hrsg.): *Politische Begriffe*. Lexikon der Politik, Bd. 7. München: Beck.
- Schäfer, A. (2009), *Vier Perspektiven zur Entstehung und Entwicklung der „Europäischen Beschäftigungspolitik“*, Köln: MPIfG Discussion Paper 02/9, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Swedish Government (2002), *Sweden's action plan for employment*, Stockholm.
- Vodopivec, M. (2004), *Income Support Systems for the Unemployed: Issues and Options*, The World Bank, Regional and Sectoral Studies Series.
- Vodopivec, M. (2009), *Introducing Unemployment Insurance to Developing Countries*, Bonn: IZA Policy Paper No. 6, April 2009.
- Vodopivec, M., A. Woergoetter, and D. Raju (2005), „Unemployment Benefit Systems in Central and Eastern Europe: A Review of the 1990s.“ *Comparative Economic Studies*, 47(4): 615–651.

1. Siromaštvo i socijalna isključenost

Borba protiv siromaštva i socijalne isključenosti predstavlja sastavni deo socijalne agende Evropske unije i veoma bitnu komponentu socijalne politike država članica. Problem siromaštva u zemljama članicama Unije postao je aktuelan u poslednjoj deceniji prošlog veka, kada je postalo jasno da plodove ekonomskog napretka ne uživaju svi i da je neophodan razvoj socijalne dimenzije zajedničkog tržišta.

Upotreba termina „društvena isključenost“ počela je u Francuskoj 1970-ih godina prošlog veka kako bi se označio položaj pojedinaca i grupa koji su „propali“ kroz socijalnu mrežu i nisu obuhvaćeni sistemom socijalne zaštite. U početnom periodu to se odnosilo na osobe sa invaliditetom, samohrane roditelje i nezaposlene bez osiguranja, a kasnije je pojam proširen na mlade i pojedince izolovane iz društva. U Evropskoj uniji koncept socijalne isključenosti usvojen je krajem osamdesetih i početkom devedesetih godina prošlog veka, i njime je označen multidimenzionalni sadržaj siromaštva. Pritom se socijalna isključenost dovodi u neposrednu vezu sa faktorima rizika kao što su nezaposlenost, niski prihodi, loši uslovi stanovanja, loše zdravstveno stanje i problemi u porodici.

1.1. Konceptualni okvir i ciljevi

U stručnoj literaturi i praksi postoji raznolikost u terminološkom i pojmovnom određenju osnovnih termina. Ne postoji opšta i univerzalna definicija siromaštva. Na Svetskom Samitu posvećenom socijalnom razvoju u Kopenhagenu 1995. godine, *apsolutno* ili *ekstremno siromaštvo* je bilo definisano kao „...stanje koje karakteriše ozbiljna deprivacija i nemogućnost zadovoljavanja bazičnih ljudskih potreba (nedostatak hrane, pijaće vode, zdravstvene zaštite, neadekvatan stambeni prostor, nedostupnost obrazovanja i pristup informacijama)“.

U Zajedničkom izveštaju o socijalnoj uključenosti Evropske Komisije iz 2004. godine, *siromaštvo* se određuje kao „nedostatak adekvatnog dohotka i resursa koji

obezbeđuju životni standard koji je prihvatljiv u društvu u kome stanovništvo živi“. Zbog svog siromaštva stanovništvo može biti u višestruko nepovoljnom položaju, u smislu nezaposlenosti, niskog dohotka, loših stambenih uslova, neadekvatne zdravstvene zaštite i prepreka za permanentno obrazovanje, kulturu, sport i rekreaciju. Ovo stanovništvo je često marginalizovano i isključeno iz učestvovanja u izvesnim ekonomskim, socijalnim i kulturnim aktivnostima, koje su uobičajene za ostale ljude, kao i što njihovo ostvarivanje osnovnih ljudskih prava može biti ograničeno.

Socijalna isključenost se definiše kao proces, tokom kojeg se izvesne individue potiskuju na marginu društva i sprečava se njihovo učestvovanje u potpunosti u društvu, zbog njihovog siromaštva ili odsustva osnovne stručnosti i mogućnosti permanentnog učenja, ili kao rezultat diskriminacije. *Socijalna uključenost* je proces koji obezbeđuje, da oni koji su pod rizikom od siromaštva i socijalne isključenosti dobiju mogućnosti i resurse koji su im potrebni da učestvuju u potpunosti u ekonomskom, socijalnom i kulturnom životu i da uživaju u životnom standardu i blagostanju koji se smatraju normalnim u društvu u kojem žive (EC – Joint Report, 2004).

Koncept socijalne isključenosti je širi od tradicionalnog shvatanja siromaštva, jer se njime polje nepovoljnog položaja proširuje preprekama kao što su nezaposlenost, marginalizacija, uskraćivanje ili neostvarivanje ljudskih prava. Naglasak je na procesima interakcije između pojedinca i njegovog društvenog, ekonomskog i političkog okruženja i identifikaciji konkretnih problema za učešće i uključivanje. To se odnosi na:

- „institucionalne prepreke (diskriminacija, nedostatak infrastrukture, nepostojanje/ograničenost usluga, pristup zgradama za osobe sa invaliditetom). Na primer, postupci diskriminacije na tržištu rada mogu rezultirati nedostatkom odgovarajućih prihoda ili odgovarajućih sredstava što može dovesti do finansijske zavisnosti od podrške države i gubitka sposobnosti finansijskog izdržavanja sebe ili svoje porodice;
- prepreke na nivou zajednice (marginalizacija). Na primer, marginalizacija može dovesti do toga da pojedinac izgubi društvo ili se povuče iz društva i smanji društvene kontakte i lične prepreke (nedostatak obrazovanja, obuke i veština). Na primer, pošto su nivo i kvalitet obrazovanja snažno povezani sa životnim prilikama, ljudi sa slabijim stečenim obrazovanjem mogu iskusiti stalnu isključenost sa tržišta rada (UNDP, 2009: 13).

Politika socijalne uključenosti razvijala se u okviru socijalne dimenzije evropskog integracionog procesa. Na Lisabonskom zasedanju (2000) odlučeno je da se Otvoreni metod koordinacije (OMC) primeni i u borbi protiv socijalne isključenosti, „kako bi se izvršio odlučan uticaj na iskorenjivanje siromaštva“. Samit je pozvao Savet da se do kraja godine usaglase „adekvatni ciljevi“, koji su

konkretizovani na zasjedanju Evropskog saveta u Nici. Na njemu su utvrđeni ciljevi u borbi protiv siromaštva i socijalne isključenosti: olakšati svima zapošljavanje, kao i pristup resursima, pravima, robama i uslugama; sprečiti rizik od isključenosti; pomoći najosjetljivijim, i pokrenuti relevantna tela. Zemlje članice su pozvane da utvrde svoje prioritete vezane za ove ciljeve, donesu nacionalne planove i definišu pokazatelje i mehanizme praćenja kojima će se meriti ostvareni napredak. Zadatak Komisija je da napravi izveštaj „koji će utvrditi dobru praksu i inovativne pristupe od zajedničkog interesa za sve zemlje članice“.

U Nici je potvrđen Evropski socijalni program (2001–2005), a utvrđeni su i prioriteta na „područjima socijalne politike“, od kojih se jedno odnosi na „borbu protiv siromaštva i svih oblika isključenosti i diskriminacije u cilju unapređivanja socijalne integracije“. Komitet za socijalnu zaštitu (čl. 144 dopunjenog sporazuma) je radio na izradi zajednički prihvatljivih pokazatelja socijalne isključenosti, sledeći mandat Lisabonskog Evropskog Saveta. Na osnovu nacionalnih planova socijalne uključenosti Komisija je 2004. godine napravila obiman zajednički izveštaj koji se odnosi na Evropsku uniju kao celinu, nacionalne planove pojedinačno, i korišćene pokazatelje i primere dobre prakse iz nacionalnih planova. U Izveštaju su takođe navedene slabosti nacionalnih planova socijalne uključenosti, kako bi se „izvukle pouke iz pristupa koje su zemlje članice usvojile“, a „bez namere da se ocenjuje politika zemalja članica i njihova efikasnost“.

Bez obzira na izvesne različitosti u Nacionalnim akcionim planovima protiv siromaštva i socijalne isključenosti (tzv. NAP/Uključenost), koje proizilaze iz inicijalnog stanja i socijalnih sistema, sve države su pozvane da prihvate sprovođenje narednih šest prioriteta:

1. promovisanje ulaganja u aktivne mere na tržištu rada i kreiranje specifičnih aktivnih mera na tržištu rada, u svrhu zadovoljavanja potreba onih koji imaju najveće poteškoće prilikom pristupa zapošljavanju,
2. obezbeđivanje adekvatnosti i pristupačnosti sistema socijalne sigurnosti za sveukupno stanovništvo, kao i efikasne inicijative za zapošljavanje za one koji mogu da rade,
3. poboljšavanje pristupa najvulnerabilnijih i onih koji su pod najvećim rizikom od socijalne isključenosti dostojnom smeštaju, dobrom zdravlju i prilikama za doživotno učenje,
4. implementiranje koncentrisanog napora za sprečavanje ranog napuštanja škole i promovisanje nesmetanog prelaska iz škole na posao,
5. razvijanje fokusa za eliminisanje siromaštva i socijalne isključenosti među decom,
6. davanje podstreka redukovanju siromaštva i socijalne isključenosti kod imigranata i etničkih manjina (Vuković, 2005: 319).

1.2. Borba protiv siromaštva i socijalna uključenost

Novi „proces socijalnog uključivanja“ Evropske unije predstavlja značajan korak u zajedničkoj borbi protiv siromaštva i socijalne isključenosti. I pored problema koji prate čitav proces i neizvesnosti u pogledu krajnjih rezultata, evidentna je odlučnost država članica i nadležnih institucija Unije da se obezbedi poboljšanje životnog standarda građanima koji su izloženi rizicima ili su pogođeni siromaštvom. Modernizacija sistema socijalne sigurnosti, a u okviru toga i programa zaštite siromašnih, podrazumeva nadležnost država za nacionalne politike borbe protiv socijalne isključenosti.

U 2008. godini Evropska Komisija je usvojila predloge za revitalizaciju socijalne agende i „ojačavanje“ Metoda otvorene koordinacije u oblasti socijalne zaštite i socijalne uključenosti. Politika socijalne uključenosti trebalo bi da svoje aktivnosti usredsredi na: 1. siromaštvo kod dece; 2. aktivno uključivanje; 3. adekvatne uslove stanovanja za sve; 4. uključenost vulnerabilnih društvenih grupa; 5. finansijsku isključenost i prezaduženost.

Primena Metoda otvorene koordinacije obezbeđuje da socijalna politika ostane u nadležnosti država članica koje su odgovorne za sprovođenje zajedničkih ciljeva i njihovu konkretizaciju u okviru nacionalnih akcionih planova u oblasti: socijalne isključenosti, penzija, zdravstvene zaštite i dugotrajne nege. Nacionalni planovi pokrivaju trogodišnji period i podnose se Evropskoj Komisiji u formi nacionalnih izveštaja o strategijama socijalne zaštite i socijalne uključenosti. Poslednji izveštaji 27 država članica Evropske unije pokrivaju period od 2008–2010. godine.

Borba protiv siromaštva na nacionalnom i na nivou Unije dovodi se u neposrednu vezu sa ostvarivanjem Milenijumskih ciljeva UN (2000): 1. iskoreniti ekstremno siromaštvo i glad; 2. postići univerzalnost osnovnog obrazovanja; 3. promovisati rodnu ravnopravnost i dati veća prava ženama; 4. smanjiti smrtnost dece; 5. poboljšati zdravlje majki; 6. osigurati održivost prirodne sredine; 7. razviti globalno partnerstvo za razvoj i 8. izboriti se sa HIV-om/AIDS-om, malarijom i ostalim bolestima.

Politika socijalne uključenosti podrazumeva primenu različitih *instrumenata* u postizanju postavljenih ciljeva. Države članice Unije izdvajaju značajna sredstva za socijalnu zaštitu (25% BDP u 2007. godini) od kojih se jedan deo usmerava na programe borbe protiv siromaštva. Primena principa redistribucije i solidarnosti obezbeđuje određeni nivo sigurnosti od različitih socijalnih rizika.

Glavni finansijski instrumenti pomoći državama članicama su strukturalni i kohezioni fondovi, od kojih je svakako najznačajniji Evropski socijalni fond. ESF obezbeđuje sredstva za finansiranje programa povećanja adaptabilnosti radnika i privrednika, i stvaranje pretpostavki za pristup novim radnim mestima i učestvovanje na tržištu rada. Veća socijalna uključenost postiže se i finansiranjem programa reformi tržišta rada i mera koje obezbeđuju veću zaposlenost vulnerabilnih grupa

i promovisanje partnerskih odnosa. U periodu između 2007. i 2013. godine 75 milijardi evra će biti dostupno državama članicama preko ESF.

Za aktivnosti Unije na polju socijalne uključenosti od posebnog je značaja program za zapošljavanje i društvenu solidarnost (PROGRESS, 2007–2013). Budžet programa u iznosu od 743 miliona evra usmeren je na pet oblasti: zapošljavanje, socijalna zaštita i uključenost, uslovi rada, različitost i borba protiv diskriminacije, i rodna ravnopravnost. Evropska Komisija podržava čitav niz različitih programa i šema koje su fokusirane na socijalnu zaštitu i socijalnu uključenost. Na nacionalnom planu pomoć se pruža u izradi akcionih planova kako bi se penzioni sistem učinio razumnijim i pružile informacije za planiranje odlaska u penziju, i olakšao pristup korišćenju usluga zdravstvene zaštite i dugotrajne nege.

Na nivou Unije jedan od glavnih instrumenata su „evropske godine“ koje su koncipirane oko određenih odabranih tema i koje služe kako bi se pripremile različite evropske i nacionalne kampanje. „Kada se govori o socijalnoj uključenosti, EU nastoji da ostvari snažan uticaj u smanjivanju siromaštva i socijalne isključenosti tako što će:

1. učiniti svim građanima dostupne resurse, prava i usluge koje su neophodne za punu participaciju u društvu;
2. aktivna socijalna uključenost svih, uključivanjem na tržište rada i borbom protiv siromaštva i socijalne isključenosti;
3. mere socijalnog uključivanja su dobro koordinisane i njihova realizacija pretpostavlja uključenost svih nivoa vlasti, ali i onih koji su neposredno pogođeni siromaštvom“ (Eurostat, 2010: 8).

Uspješnost borbe protiv siromaštva i prevencija socijalne isključenosti u državama članicama (EU27) pokazuje različite rezultate, i to pre svega zbog nejednakosti u nivou ekonomskog i socijalnog razvoja, tradicije sistema i sadržaja programa usmerenih na sprečavanje siromaštva. Otuda je teško ocenjivati valjanost nacionalnih strategija, ali se pokazalo da je u zemljama koje najviše investiraju, imaju najveće izdatke u BDP, i pored toga imaju uspešnu ekonomsku i politiku zapošljavanja, najniža stopa siromaštva i socijalne isključenosti. Investiranje u kvalitetne službe koje su pristupačne svima, povećava uključenost ljudi u društvo uopšte i u tržište rada.

„Za većinu ljudi *pristojan posao je najbolja zaštita od siromaštva i najbolji izlaz iz njega*. Međutim postoje brojni faktori koji utiču na to da se ovi ciljevi ostvare, kao što su kvalitetno obrazovanje i obuka, dobro zdravlje, podrška u vidu brige o deci, itd. Kako za neke (stariji i bolesni), posao nije realistično rešenje, od izuzetnog značaja su garancije odgovarajućeg nivoa primanja i obezbeđenje pristupa javnim službama. Prevencija siromaštva podrazumeva i ranu intervenciju kako deca ne bi odrasla u siromaštvu, i kako to ne bi uticalo na njihov razvoj. Stoga je jaka podrška deci i njihovim porodicama jedan od najboljih načina da se

spreči nasleđivanje siromaštva sa generacije na generaciju, što će se dugoročno pozitivno odraziti i na ekonomiju“ (Vuković, 2005: 318).

Evropska godina borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti (2010) posvećena je ostvarivanju široko postavljenih ciljeva i „vodećih principa“ koji podrazumevaju:

- 1) Priznavanje svim građanima, a posebno onima koji žive u siromaštvu i socijalnoj isključenosti, prava da žive dostojanstveno i uzmu učešće u društvu čiji su deo;
- 2) Promovisanje zajedničke odgovornosti i participacije, stavljajući naglasak kako na individualnu tako i na kolektivnu odgovornost u borbi protiv siromaštva i socijalne isključenosti;
- 3) Promovisanje kohezivnosti i solidarnosti, ukazujuću na beneficije koje će čitavo društvo imati od smanjivanja siromaštva i višeg stepena socijalne uključenosti i
- 4) Konkretizovanje akcija za borbu protiv siromaštva i socijalne isključenosti na svim nivoima vlasti (Decision No. 1098/2008/EC).

1.3. Strukturne karakteristike siromaštva

Merenje siromaštva vrši se primenom različitih indikatora, pa otuda postoje značajne razlike između pokazatelja država članica Unije.⁵⁶ Na teritoriji EU rizik siromaštva se određuje na osnovu indikatora koji pokazuju koji deo stanovništva ima manje od 60% medijane ekvivalentnog raspoloživog dohotka nakon socijalnih transfera. Između država članica postoje značajne razlike u visini zvanične linije siromaštva, čak i ako se ona ispolji putem kupovne moći stanovništva. U 2007. godini je, prema podacima Eurostat-a, linija siromaštva bila najviša u Luksemburgu, dok je najniža bila u Rumuniji i Bugarskoj.

Istraživanja pokazuju da je u poređenju sa stanjem u periodu pre 1995. godine, kada je 17% populacije EU bilo pod rizikom od siromaštva, broj lica koja se ubrajaju u grupaciju relativno siromašnih i dalje visok. Prema pokazateljima stanja u 2001. godini 55 miliona ili 15% stanovništva Unije imalo je niska primanja, što ih izlaže riziku siromaštva i socijalne isključenosti, a više od polovine ima konstantno nisku zaradu. Međutim, postoje značajne razlike i kontrasti između zemalja članica i pojedinih regiona, pri čemu se izdvajaju države sa niskim stopama rizika (Švedska 9% i Danska 10%) i one koje imaju najviše stope (Irska 21%, Portugalija 20%).

⁵⁶ Analiza je vršena na osnovu podataka Eurostata: *Combating poverty and social exclusion – A statistical portrait of the European Union 2010*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

„U februaru 2007. godine, sprovedeno je istraživanje (Eurobarometer, 279) koje je ispitivalo stavove građana EU prema siromaštvu i socijalnoj isključenosti. Siromaštvo je viđeno kao problem veoma raširen u Evropi, gde su ispitanici smatrali da 1 od 10 (10%) stanovnika u njihovom okruženju živi u ekstremnom siromaštvu, a 1 od 3 stanovnika u relativnom siromaštvu (29%), dok se više od 1 od 3 stanovnika (31%) nalazi u riziku od siromaštva. Percepcija raširenosti siromaštva među lokalnim stanovništvom je dva puta veća među građanima država članica koje su pristupile Uniji 2004. godine u odnosu na rezultate istraživanja u EU15 – 63% prema 32%“ (Eurostat, 2010: 12).

Rizik siromaštva prema starosnim grupama (% , 2008)

	Ukupna populacija	Deca (0-17)	Lica starosti 18-64	Stari (65 i više)
EU 27	17%	20%	15%	19%
BE	15	17	12	21
BG	21	26	17	34
CZ	9	13	8	7
DK	12	9	11	18
DE	15	15	15	15
EE	19	17	15	39
IE	16	18	14	21
EL	20	23	19	22
ES	20	24	16	28
FR	13	17	13	11
IT	19	25	16	21
CY	16	14	11	49
LV	26	25	20	51
LT	20	23	17	29
LU	13	20	13	5
HU	12	20	12	4
MT	15	20	12	22
NL	11	13	10	10
AT	12	15	11	15
PL	17	22	16	12
PT	18	23	16	22
RO	23	33	20	26
SI	12	12	12	23
SK	11	17	10	10
FI	14	12	12	23
SE	12	13	11	16
UK*	19	23	15	30

Izvor: Eurostat (ile_ov1a1), *procena.

Stanje na polju siromaštva u 2008. godini nije se mnogo promenilo u poređenju sa 2007. godinom (EU-SILC). Stopa rizika od siromaštva opšte populacije u EU27 bila je 17%, i pokazuje izvesnu meru stabilnosti počev od 2005. godine, kada varira od 16% do 17%. Strukturne karakteristike prema uzrastu pokazuju da je rizik od siromaštva najveći kod dece – 20% i starih iznad 65 godina. Najviše siromašne dece živi u Litvaniji, Latviji, Rumuniji, Bugarskoj i Italiji. Stopa rizika od siromaštva starih je veća od 30% u Latviji, Kipru, Estoniji i Bugarskoj. Nakon socijalnih transfera stopa siromaštva se smanjuje za 32% na nivou Unije, sa velikim razlikama između država članica. Zaposlenost ne garantuje dovoljno prihoda, tako da se 8% populacije EU27 u 2008. godini nalazilo u riziku od siromaštva. Materijalna deprivacija pogađa 17% stanovništva u državama članicama, i posebno je prisutna u zemljama koje su 2004. godine pristupile Uniji – u Bugarskoj, Rumuniji, Mađarskoj, Latviji i Poljskoj.

Oko 85 miliona ljudi u Evropskoj uniji živelo je ispod granice siromaštva u 2008. godini, i bilo je isključeno iz aktivne participacije u društvu. Najveće stope siromaštva zabeležene su u Latviji (26%), Rumuniji (23%), Bugarskoj (21%), Litvaniji, Grčkoj i Španiji (oko 20%). Na drugoj strani su zemlje u kojima je stopa rizika od siromaštva daleko ispod prosečne za EU27 (17%). Ona je u Češkoj 2008. godine bila 9%, u Holandiji i Slovačkoj 11%.

Prema podacima Eurostata (Newsrelease, 18. January 2010) opšta stopa rizika od siromaštva u EU u 2008. godini je veoma malo promenjena u poređenju sa 2007. godinom. Porast je zabeležen u Latviji (5%), dok je u Rumuniji i Irskoj zabeležen pad (2%). Linija (prag) siromaštva se drastično razlikuje između država članica Unije. Mereno prema standardu kupovne moći (*purchasing power standards*), prag siromaštva u 2008. godini za jednočlana domaćinstva (PPS) kretao se od 1 900 u Rumuniji, 2 800 u Bugarskoj i oko 4 000 u Poljskoj, Mađarskoj i Slovačkoj do PPS 16 500 u Luksemburgu.

Deca i stari su najsiromašniji i nakon socijalnih transfera. U 2008. godini stopa siromaštva kod dece (0-17 godina) je bila 20%, a kod starijih (65 i više godina) 19%, što je iznad opšte stope od 17%. Od 27 država članica samo u Danskoj, Finskoj, Kipru, Sloveniji, Nemačkoj i Estoniji stopa siromaštva dece bila je niža od nacionalnog proseka. Deca koja su živela u siromaštvu najčešće su dolazila iz dva tipa domaćinstva: samohrani roditelji sa maloletnom decom i domaćinstva sa oba roditelja i troje ili više maloletne dece. Položaj roditelja na tržištu rada odnosno zaposlenost ili nezaposlenost, u najvećoj meri opredeljuju rizik siromaštva kod dece. Smanjenju rizika doprinose i programi državne pomoći ako su dobro targetirani. Za porodice sa decom veliki značaj ima i razvijenost servisa, odnosno službi za pružanje pomoći oko zbrinjavanja i podizanja dece.

Prema podacima Eurostata iz 2010. godine, stopa rizika od siromaštva kod dece samohranih roditelja je u 2008. godini bili skoro duplo veća u odnosu na sva domaćinstva sa maloletnom decom (35% u odnosu na 18%). Rizik od siromaštva kod dece koja potiču iz velikih porodica (porodice sa troje ili više dece) je takođe

znatno veći u odnosu na prosek za sva domaćinstva sa decom (25% u odnosu na 18%). Između 40% i 71% dece iz velikih porodica u Bugarskoj, Rumuniji, Latviji, Portugaliji i Italiji su 2007. godine živela u siromaštvu.

Prema Anketi o prihodima i uslovima života (EU-SILC, 2005) u 90% slučajeva, samohrani roditelj je majka, a udeo dece u porodicama samohranih roditelja najviši je u Irskoj, Letoniji, Danskoj, Estoniji, Švedskoj, Nemačkoj i Velikoj Britaniji (u rasponu od 15%-25%). Međutim, deca se u tim zemljama suočavaju sa veoma različitim stopama rizika siromaštva (u rasponu od oko 20% u Danskoj i Švedskoj, do 38% i više u Estoniji i Irskoj). Nasuprot tome, udeo dece koja živi u ovoj vrsti porodice, najniži je u zemljama na jugu (Grčkoj, Španiji, Italiji, Kipru, Malti i Portugaliji) i u dve zemlje centralne Evrope (Poljskoj i Slovačkoj) i iznosi 4%-7%. U ovim zemljama najveći rizik od siromaštva imaju deca samohranih roditelja u Slovačkoj (37%) i Malti (50%).

Rizik siromaštva među mladima od 16 do 24 godina u Evropskoj uniji kretao se oko 20% (2007), što znači da je i ovaj deo populacije bio natprosečno siromašan. Stopa siromaštva mladih bila je najviša u Danskoj (28%), što se može tumačiti kao posledica samostalnog života, sa ili bez roditeljske podrške i pomoći.

Stari su takođe siromašniji od opšteg dela populacije (19% i 17%) u najvećem broju zemalja članica Unije. Stopa rizika u 2008. godini za lica starija od 65 godina kretala se od 4% u Mađarskoj i 5% u Luksemburgu, do 30% i više u Velikoj Britaniji, Bugarskoj, Estoniji, Kipru (49%) i Latviji (51%) (Wolff, 2010). Razlike u položaju starih u zemljama članicama rezultat su velikog broja faktora, uključujući i adekvatnost penzionog sistema, polnu strukturu starije populacije, imajući u vidu činjenicu da su žene više izložene riziku od siromaštva i duže žive same.

Isključenost sa tržišta rada u slučajevima dugotrajne nezaposlenosti (duže od 12 meseci) dovodi do siromaštva i socijalne isključenosti. Pozitivni tokovi na polju zaposlenosti u zemljama EU (do globalne finansijske i ekonomske krize) rezultirali su smanjenjem stope nezaposlenosti sa 9,0% u 2004. godini na 7,0% u 2009. godini. Stopa zaposlenosti⁵⁷ u EU27 je u 2008. godini iznosila 65,9% što je niže od cilja koji je postavljen u Lisabonu, a to je 70% do 2010. godine. Stopa zaposlenosti je bila iznad ovog nivoa samo u 8 država članica, ali je bila ispod 60% u Poljskoj, Rumuniji, Italiji, Rumuniji, Mađarskoj i Malti.

„Siromaštvo u radu“ označava zaposlene koji imaju niske zarade zbog niskog nivoa kvalifikacija, rada na slabo plaćenim poslovima ili sa nepunim radnim vremenom. Ove kategorije nisu u mogućnosti da svojim radom obezbede prihode domaćinstva iznad linije siromaštva. U 2008. godini 8% zaposlene populacije u EU27 imalo je dohodak ispod nacionalne linije siromaštva, u poređenju sa 44% nezaposlenih. Najveća stopa siromaštva među zaposlenima u 2008. godini je bila u

⁵⁷ Odnos broja lica između 15 i 64 godina koji su zaposleni u odnosu na ukupan broj lica iste starosne grupe unutar čitave populacije.

Rumuniji (17%), zatim Grčkoj (14%), Poljskoj i Portugaliji (oko 12%). Najmanje zaposlenih siromašnih je u Češkoj Republici (4%), Belgiji, Danskoj, Mađarskoj, Malti i Holandiji, Sloveniji, i Finskoj.

Rizik siromaštva prema statusu na tržištu rada (% , 2008)

	Zaposleni			Nezaposleni	Neaktivni
	Ukupno	Stalni ugovor	Privremeni ugovor		
EU 27	8%	5%	13%	44%	27%
BE	5	3	11	35	26
BG	7	6	16	55	24
CZ	4	2	6	48	12
DK	5	4	-	34	31
DE	7	5	14	56	23
EE	7	6	5	61	32
IE	6	3	12	28	27
EL	14	5	16	37	26
ES	11	5	14	38	31
FR	7	4	12	39	27
IT	9	6	16	42	29
CY	6	5	18	31	20
LV	11	10	18	53	33
LT	9	7	14	51	32
LU	9	9	15	52	16
HU	5	4	12	48	24
MT	5	4	5	31	20
NL	5	4	4	36	19
AT	6	5	8	41	22
PL	12	5	13	39	25
PT	12	7	11	35	28
RO	17	5	22	43	32
SI	5	4	10	38	22
SK	6	5	11	43	16
FI	5	3	13	43	29
SE	7	5	18	38	31
UK*	9	-	-	55	36

Izvor: Eurostat (ilc_ovl1a1), * procena

1.4. Rizici socijalne isključenosti

Isključenost iz obrazovnog procesa predstavlja značajan faktor nejednakosti i siromaštva. Razlike su vidljive od predškolskog obrazovanja i korišćenja razli-

čitih usluga dečje zaštite, što kasnije može odrediti mogućnost uključivanja u viši nivo obrazovanja i učešće na tržištu rada. Dostupnost u korišćenju predškolskih ustanova može biti otežana samohranim i roditeljima niskog obrazovnog nivoa. Na prostoru Unije 2007. godine 46% dece uzrasta od 0 do 2 godine nije imalo pristup odgovarajućoj ustanovi, tako da su se o njima starali samo roditelji. Za decu koja su koristila usluge različitih ustanova dečje zaštite više od 30h nedeljno, većina je koristila usluge javnog sistema.

Percepcija opšteg zdravlja, EU27 (2007, u %)

	Veoma loše	Loše	Prilično	Dobro	Veoma dobro
<i>Prema polu</i>					
Ukupno	2,1	8,7	24,1	44,5	20,6
muškarci	2,3	9,8	25,7	43,4	18,7
žene	1,8	7,4	22,4	45,7	22,7
<i>Prema godinama života</i>					
15–24 godina	0,3	1,1	6,7	45,0	46,9
25–34 godina	0,4	2,1	10,8	52,5	34,2
35–44 godina	0,7	3,7	17,3	54,7	23,7
45–54 godina	1,7	8,2	25,8	48,6	15,7
55–64 godina	2,3	12,3	34,2	40,4	10,8
65–74 godina	3,8	16,8	41,3	31,8	6,2
75–84 godina	7,4	24,4	42,5	21,5	4,3
85+ godina	11,2	26,8	37,4	20,2	4,4
<i>Prema radnom statusu</i>					
Penzioneri	4,8	18,6	40,4	29,9	6,3
Neaktivna populacija	3,2	11,0	20,0	38,7	27,2
Nezaposleni	1,6	9,6	24,8	46,0	18,1
Zaposleni	0,3	2,8	17,6	52,9	26,3

Izvor: Eurostat (hlth_silc_10)

Zdravstveno stanje pojedinca rezultat je uticaja velikog broja faktora, od kojih su najznačajniji nasleđe, način života i kvalitet zdravstvene zaštite. Socijalna isključenost može nastati kao posledica lošeg zdravstvenog stanja, i uticati na njegovo pogoršanje zbog nemogućnosti korišćenja usluga zdravstvene zaštite.

Istraživanja pokazuju da se lica slabijeg imovinskog stanja češće žale na lošije zdravstveno stanje. Značajan procenat penzionisanih ili lica koja su neaktivna iz nekog drugog razloga, najčešće se žale na loše ili veoma loše zdravstveno stanje. Analiza je pokazala da obrazovni nivo predstavlja značajan faktor pa se tako percepcija sopstvenog zdravstvenog stanja pogoršava što je niži nivo obrazovanja.

Prosečno 1 od 3 osobe, starosti preko 15 godina na teritoriji EU27 su smatrale da boluju od hronične bolesti ili nekog ozbiljnijeg zdravstvenog problema, a

27,7% stanovnika su ocenjuje da ne prima adekvatnu zdravstvenu zaštitu (2007). Razlozi za ovo su bili brojni, a najčešće se radilo o visini troškova zdravstvene usluge, dugoj listi čekanja, odsustva vremena a u nekim slučajevima i iz straha. Stopa smrtnosti odojčadi je drastično opala u EU27, i dostigla 4,7 umrlih na 1 000 rođenih u 2006. godini. Najveće smanjenje smrtnosti odojčadi među državama članicama je registrovano u Portugalu i na Kipru.

Socijalna isključenost može biti posledica loših uslova stanovanja. Stambeni problemi mogu biti različiti, od beskućništva ili prenaseljenosti, do prevelike buke, zagađenosti životne sredine i kriminala. Stambena ugroženost je merilo loših stambenih prilika u kojima pojedinac/podroba žive, i odnosi se na domaćinstva u čijim kućama prokišnjava krov, nemaju kupatilo i toalet unutar kuće, ili su previše mračne. Ozbiljna, odnosno teška stambena deprivacija postoji u prenaseljenim domaćinstvima, uz prisustvo bar još jednog indikatora loših stambenih prilika.

Prema podacima Eurostata (2010) značajan deo populacija jednog dela država članica, koje su pristupile Uniji u 2004. godini, se suočava sa ozbiljnom stambenom ugroženošću i tu se pre svega misli na Rumuniju, Bugarsku, Poljsku i baltičke republike. Najugroženija su domaćinstva sa maloletnom izdržavanom decom, domaćinstva samohranih roditelja ili velika domaćinstva sa više od troje dece. Širom EU27, troškovi stanovanja su bili viši za zakupce od onih koji su bili vlasnici stanova, iako ovo nije slučaj u svim državama članicama. U EU27, troškovi stanovanja kod 1 od 8 građana su bili viši od 40% njihovih ukupnih prihoda.

Poslednjih decenija socijalna isključenost se dovodi u neposrednu vezu sa korišćenjem *informacione tehnologije*. Upotreba interneta se kontinuirano širila i većina evropskih domaćinstava ima internet priključak u kući. U 2007. godini, 1/3 stanovnika, uzrasta od 16–74 godine nikada nije koristilo internet, dok je taj procenat za one starosti od 16–24 pao na 7%, a za one između 53–74 godine povećao se na 63%, ukazujući na veliki generacijski jaz. Upotreba interneta posebno je slaba među osobama sa niskim prihodima, neobrazovanim i onima koji žive u slabo naseljenim područjima. U 2008. godini, 86% domaćinstava u Holandiji je imalo internet što je 3,4 puta više nego u Bugarskoj.

Socijalna participacija podrazumeva uključenost u društvo i interakciju sa drugim ljudima. Nemogućnost učestvovanja u aktivnostima koje se smatraju normalnim u društvu može biti posledica dobrovoljne ili prinudne isključenosti, dok je u nekim slučajevima ona nametnuta silom. Ekstremna situacija isključenosti neke grupe pojedinaca iz društvenih aktivnosti postoji u slučaju zatvorenika. Većina stanovnika EU ima redovne kontakte sa članovima porodice i prijateljima. U kontekstu socijalne isključenosti, 2,1% EU 25, ne kontaktira sa svojim rođacima, a 3,5% ni sa prijateljima. Socijalizacija u određenoj meri zavisi i od finansijskih mogućnosti. Nešto manje od polovine (46%) stanovnika EU25 je bar jednom posetilo bioskop u 2006. godini, dok je skoro isti broj onih koji su posetili neki kulturni događaj ili živi performans (Eurostat, 2010: 90).

2. Zaštita siromašnih

Briga o siromašnima predstavlja sastavni deo sistema socijalne sigurnosti, odnosno socijalne zaštite⁵⁸ u zemljama Evropske unije. Uređenje sistema u nadležnosti je država članica i u praksi se sreću razlike u regulisanju prava i finansiranju. Socijalna zaštita uglavnom pokriva rizike i potrebe koje mogu nastati kao posledica bolesti, invaliditeta, starosti, nezaposlenosti, loših stambenih uslova ili probleme isključenosti koji nisu obuhvaćeni nekim drugim sistemom.

Programi socijalne zaštite se koriste i kako bi se redukovalo siromaštvo i socijalna isključenost. Ovo se postiže distribucijom beneficija, obezbeđivanjem različitih vidova kredita ili poreskih olakšica. Jedan od načina utvrđivanja efikasnosti mera socijalne zaštite jeste i poređenje indikatora rizika od siromaštva pre i nakon socijalnih transfera. Beneficije garantovane unutar sistema mogu biti u novcu ili uslugama, a sredstva za finansiranje prava obezbeđuju se iz doprinosa poslodavaca i osiguranih lica, budžeta i drugih izvora.

Uticaj socijalnih mera, koji se određuje brojem lica koji su nakon socijalnih transfera prestali da budu u riziku od siromaštva⁵⁹ je bio najniži u Bugarskoj i jednom broju mediteranskih država članica (Grčka, Španija, Italija i Kipar). Nasuprot tome, više od polovine osoba koje su se nalazile u riziku od siromaštva u Mađarskoj, Švedskoj, Finskoj, Irskoj i Danskoj su to prestali da budu nakon realizacije socijalnih transfera.

Istraživanja pokazuju da su socijalni transferi značajno uticali na smanjivanje broja dece koja su se nalazila u riziku od siromaštva (mlađa od 18 godina). U 2007. godini čak 39,4% dece je prestalo da bude u riziku od siromaštva, što je posebno vidljivo na Kipru, Nemačkoj i Estoniji (za oko 10%). Stopa siromaštva mladih posle socijalnih transfera opala je (Eurostat, 2010) sa 33% na 20% u 2007. godini. Nasuprot tome uticaj socijalnih transfera na siromaštvo kod starih sa 65 i više godina, bilo je malo (4%), pa se otuda 20% ovih lica bilo siromašno. Najmanje siromašnih starih bilo je u Luksemburgu (10%) i Mađarskoj (11%), dok je u Irskoj, Francuskoj, Austriji, Poljskoj i Švedskoj stopa siromaštva pre i posle socijalnih transfera malo promenjena.

⁵⁸ U okviru Evropskog sistema integrisane statistike o socijalnoj zaštiti (ESSPROS), socijalna zaštita obuhvata sve intervencije preduzete od strane privatnih ili javnih tela koje bi trebalo da zaštite pojedince i domaćinstva od unapred predviđenih rizika.

⁵⁹ Stopa rizika od siromaštva izračunava se (ESSPROS) kao deo stanovništva čiji prihodi su niži od 60% prosečnih prihoda, pre socijalnih transfera.

Rizik siromaštva pre i posle socijalnih transfera (2007.% relevantne populacije)

	Pre socijalnih transfera		Posle socijalnih transfera	
	Manje od 18	Više od 65	Manje od 18	Više od 65
EU 27	33	24	20	20
Belgija	31	27	17	23
Bugarska	34	28	30	23
Češka Republika	31	12	16	5
Danska	24	34	10	18
Nemačka	30	18	14	17
Estonija	28	36	18	33
Irska	39	42	19	29
Grčka	27	28	23	23
Španija	29	31	24	28
Francuska	36	18	16	13
Italija	32	25	25	22
Kipar	20	55	12	51
Latvija	30	37	21	33
Litvanija	29	34	22	30
Luksemburg	33	10	20	7
Mađarska	44	11	19	6
Malta	29	23	19	21
Holandija	25	17	14	10
Austrija	36	17	15	14
Poljska	35	12	24	8
Portugalija	27	29	21	26
Rumunija	43	35	33	31
Slovenija	25	30	11	19
Slovačka	27	19	17	8
Finska	31	31	11	22
Švedska	33	23	12	11
Velika Britanija	40	38	23	30

Izvor: Eurostat (ilc_ov251 and ilc_ov1a1)

Materijalna deprivacija⁶⁰ pokazuje karakteristike siromaštva prema prihodima pojedinca ili porodice. Na prostoru Unije je 2007. godine blizu 1 od 6 građana bio materijalno ugrožen, pri čemu je stanje bilo lošije u zemljama članicama od 2004. godine. Gotovo 39% siromašnih su bili istovremeno u stanju materijalne ugroženosti.

⁶⁰ Kao indikator u obračunu koriste se (Eurostat) pokazatelji o nemogućnosti da se obezbedi najmanje tri od sledećih 9 stavki: neočekivani i neplanirani troškovi; odlazak od kuće na odmor jednom godišnje u trajanju od nedelju dana; izmirivanje zaduženja (hipoteka, kirija, otplaćivanje kredita); obrok koji sadrži meso ili ribu svaki drugi dan; adekvatno zagrevanje stambenog prostora; veš mašina; televizor u boji; telefon; auto.

Ova proporcija je porasla čak na 2/3 na Kipru, u Slovačkoj i Poljskoj, u Mađarskoj (71%), Latviji (76%), Rumuniji (85%) i Bugarskoj (94%) (EC, 2010: 57).

2.1. Obezbeđenje minimalnog dohotka

Ostvarivanje prava na socijalnu pomoć u zemljama Evropske unije uslovljeno je nivoom minimalnog dohotka koji država zakonski garantuje svakom pojedincu (državljaninu, stanovniku) koji iz objektivnog razloga ne može to da obezbedi za sebe i svoju porodicu. Iznos novčanih davanja predstavlja razliku između visine minimalnog dohotka i ličnog dohotka pojedinca, odnosno njegove porodice. Uvođenje minimalnog dohotka u državama EU počelo je 1960-ih godina XX veka kada se verovalo da je siromaštvo prolazni problem koji će se smanjivati sa ekonomskim napretkom društva. U godinama prosperiteta i gotovo pune zaposlenosti razvijen sistem socijalnog osiguranja pokrivaio je osnovne rizike i obezbeđivao socijalnu sigurnost za najveći deo stanovništva. Kriza i rast dugotrajne nezaposlenosti u narednim decenijama uslovlili su preispitivanje usvojenih koncepata socijalne države, a došlo je i do porasta broja „novo siromašnih“ kojima je trebalo obezbediti minimum sredstava za život.

Zakonski garantovan minimalni dohodak⁶¹ postoji u gotovo svim zemljama EU sa ciljem zadovoljenja osnovnih životnih potreba, pri čemu se visina socijalne pomoći ograničava iz „objektivnih razloga“ koji se tiču: potrebe postojanja stimulativnog odnosa (za rad) između minimalnog dohotka i minimalne plate; saglasnosti o visini minimalnog dohotka, budžetskih ograničenja i ukupnih sredstava za te namene. Usporedni pregled ostvarivanja prava na socijalnu pomoć u EU objektivno je uslovljen raznolikošću nacionalnih sistema i nepostojanja jedinstvenih kriterija u pojedinim državama. I pored toga, postoje zajednički elementi koji se tiču: kruga korisnika, visine minimalnog dohotka, trajanja prava i uživanje drugih beneficija po osnovu socijalne pomoći.

Postoji značajna razlika u državnim programima pomoći siromašnima u zemljama EU27.⁶² U stručnoj literaturi najčešće se sreće klasifikacija sistema obezbeđenja minimalnog dohotka u četiri grupe. Kriterijumi za ostvarivanje prava na finansijsku pomoć se razlikuju, i u većini slučajeva odnose se na godine života, stalno prebivalište, nivo materijalnih prihoda, a poslednjih godina i spremnosti za rad. Pored novčanih davanja koja čine osnovu državnih programa pomoći, korisnici programa socijalne pomoći mogu da ostvare beneficije za troškove stanovanja,

goriva, školovanja, kao i dodatnu finansijsku pomoć za one koji imaju posebne potrebe iz zdravstvenih razloga. Prema izveštajima stručnjaka⁶³ postoji značajna grupa stanovništva koja nije pokrivena programima minimalnih prihoda, i nju čine beskućnici, migranti bez dokumenata, izbeglice i tražioci azila.

Visina naknade za siromašne u zemljama članicama EU27 zavisi najčešće od broja članova domaćinstva koji ispunjavaju predviđene uslove, i kriterija koji se odnose na državljanstvo, prethodno zaposlenje, starost i druge potrebe korisnika. Programi pomoći koncipirani su za vremenski ograničeni rok, i pretpostavljaju osposobljavanje korisnika za samostalan život u relativno kratkom periodu. Većina nacionalnih programa se primenjuje u čitavoj zemlji, ali postoje i države sa jakim elementima decentralizacije i prenošenja odgovornosti na lokalne organe vlasti.

Pokrivenost programima minimalnih prihoda (socijalna pomoć) je različita. Dok je u nekim zemljama obezbeđen adekvatan nivo obuhvata siromašnog dela populacije, u drugima je pokrivenost parcijalna i ograničena. Poseban problem tiče se lica koja se ne prijavljuju za ove programe (*non-take-ups*), a kao glavni uzroci navode se: „a) složenost sistema što dovodi do toga da ljudi nisu upoznati sa programima, misleći da nisu podobni, nedostaju im informacije o njihovim pravima na socijalnu pomoć generalno, ili o načinu apliciranja; b) subjektivno mišljenje ljudi da nemaju potrebe za tom vrstom pomoći ili da im je potrebna samo za kratko vreme a administrativni troškovi su suviše visoki pa racionalni proračun ulaganja i dobiti (*cost – benefit*) pokazuje premalu korist u odnosu na vreme i napor koji su utrošeni u postupku apliciranja; c) diskreciona priroda naknade (npr. naknade ne zavise od ustanovljenih kriterijuma već od diskrecionog prava procene); d) strah od stigmatizacije ili suočavanja sa „nesimpatičnom“ birokratijom; e) loše upravljanje programima: nedostatak svesti o pravima ljudi, propust da se podnosioci zahteva ispravno obaveste, propust ili nedosledna primena pravne procedure i nevoljnost ili odbijanje da se dodeli naknada; f) nedostatak dovoljnog broja socijalnih radnika koji bi podržali proces prijave“ (Frazer, Marlier, 2009: 10–11).

Manjkavosti sistema vidljive su i u „neadekvatnosti nivoa isplata“ što potvrđuje Saopštenje Komisije iz 2008. godine u kome je istaknuto da „u većini država članica i tipova porodica, socijalna podrška sama po sebi nije dovoljna da se korisnik izvuče iz siromaštva“ (COM(2008) 639). Programi minimalnih prihoda su ipak značajni za smanjenje siromaštva, ali je potrebno obezbediti usklađivanje iznosa sa zaradama kako bi se očuvala realna vrednost. U nekim slučajevima visina iznosa se vezuje za opasnost „destimulacije“ za učešće na tržištu rada i prihvatanje ponudjenog zaposlenja. Istraživanja pokazuju da i u izdašnim sistemima postoje mehanizmi aktivizacije i da se socijalna davanja često posmatraju kao investicije u ponovnu integraciju siromašnih u društvo.

⁶³ EU Network of National Experts on Social Inclusion.

⁶¹ Minimalni dohodak se pojavljuje pod sledećim imenima: Sozialhilfe (N, A), Income Support (V, B), Minimum de Moyens d' Existence – Minimax (Bél), Social Bistand (D), Revenu minimum d'insertion (F), itd.

⁶² U analizi su korišćeni rezultati izveštaja: *Minimum Income Schemes Across EU Member States*, European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

2.2. Raznolikost modela pomoći

Istraživanja šema minimalne pomoći⁶⁴ u zemljama EU pokazuje da sve članice, izuzev Grčke i Italije, imaju neki oblik programa minimalnih prihoda na nacionalnom nivou. Cilj programa je pružanje podrške onima koji ne ostvaruju prava po osnovu socijalnog osiguranja, ili im je isplata naknada istekla. Obezbeđenje novčanih davanja u okviru programa minimalnog dohotka posmatra se kao privremena mera i vremenski je ograničena. Klasifikacija programa vrši se u sledeće četiri grupe:

„Prva, one zemlje koje imaju relativno jednostavne i sveobuhvatne programe (Austrija, Belgija, Kipar, Češka, Danska, Nemačka, Finska, Holandija, Portugallija, Rumunija, Slovenija, Švedska) otvorene za sve one koji nemaju dovoljno sredstava da sami sebe izdržavaju. Na primer, u Holandiji, Zakon o radnoj i socijalnoj pomoći, garantuje minimalni dohodak svakome ko je legalno nastanjen u Holandiji i ko nema dovoljno sredstava da se sam izdržava. U nekim od ovih zemalja članica (Austriji, Nemačkoj) postoje posebni programi socijalne pomoći i pomoći za slučaj nezaposlenosti, dok u drugim (Portugaliji, Švedskoj) postoji samo jedan osnovni program.

U drugoj grupi su zemlje (Estonija, Mađarska, Litvanija, Latvija, Poljska, Slovačka) koje imaju prilično jednostavne i ne-kategorijalne šeme, ali i ograničenu podobnost i obuhvat ljudi kojima je potrebna finansijska pomoć često zbog niskog nivoa na kome se vrši provera sredstava. U Slovačkoj se od reforme socijalne pomoći 2003. godine programi minimalnih prihoda sastoje od osnovne naknade i nekoliko dodataka, ne postoji regularna valorizacija a prilagođavanje naknade i dodataka je prepušteno diskrecionom pravu vlade.

Treću grupu čine one zemlje članice (Španija, Francuska, Irska, Malta, Velika Britanija) koje su razvile složene mreže različitih, često kategorijalnih, i ponekad preklapajućih shema koje su se nadgrađivale tokom vremen, ali u suštini pokrivaju većinu onih koji se nalaze u stanju hitne potrebe. Na primer, irski stručnjak ističe da je određenje minimalnih dohodaka veoma složeno i sastoji se od najmanje 20 različitih programa za različite, i ponekad veoma malobrojne, kategorije stanovništva.

Četvrtu grupu čine države članice (Bugarska, Grčka, Italija) koje imaju vrlo ograničene, delimične aranžmane, koje su u stvari prilično ograničene na uske kategorije ljudi i koji ne pokrivaju veliki broj ljudi u stanju hitne potrebe za pomoći. Na primer, grčki stručnjak ističe da ova zemlja nije usvojila pravno obavezujuću definiciju minimalnog nivoa sredstava potrebnih za život, kao ni univerzalnih programa minimalnih dohodaka, pa otuda postojeći sistem socijalne pomoći teži da nadoknađi selektivne kategorije i ne predstavlja mrežu sigurnosti za sve ljude

⁶⁴ EU Network of National Independent Experts on Social Inclusion (2009), *Minimum Income Schemes Across EU Member States*.

kojima je pomoć potrebna. Štaviše, pitanje kombinovanja aktivne inkluzije i minimalnih resursa nije još uvek dovelo do konkretnih političkih akcija“ (Frazer, Marlier, 2009: 17–18).

Uslovi za ostvarivanje prava u okviru nacionalnih programa pomoći su različiti, a najčešće se tiču godina starosti, prebivališta, nedostatka finansijskih sredstava i spremnosti za rad. U Danskoj se pristup programima bazira na prebivalištu i izmenjenoj socijalnoj situaciji koja ne obezbeđuje sredstva za samopomoć. Primaoci pomoći u ovoj zemlji nemaju pristup drugim izvorima prihoda ili privatnim sredstvima. Postoje različiti oblici obezbeđenja minimalnog dohotka, pa se tako novčana pomoć pruža danskim državljanima kojima je materijalni status znatno promenjen, pod uslovom da su živeli u Danskoj 7 u poslednjih 8 godina. Pravo na inicijalnu pomoć mogu da ostvare migranti koji su živeli u Danskoj 7 u poslednjih 8 godina, ili danski državljanici koji su živeli u nekoj od zemalja koje nisu članice EU više od 1 godine u poslednjih 8 godina. Početna pomoć se daje imigrantima koji nisu iz nordijskih zemalja ili EU, na primer izbeglicama. Generalno, novčana pomoć osigurava viši nivo podrške od inicijalnih i početnih.

Obuhvat, vreme trajanja i osnov prava na minimalni dohodak u državama članicama EU27

	Pretežno sveobuhvatna	Parcijalna	Vrlo ograničena
Pokrivenost Koliko je opsežna pokrivenost lica sa potrebama?	AT, BE, CY, CZ, DE, DK, ES, FI, FR, HU, IE, LU, NL, PT, RO, SE, SK, UK	BG, MT, PL, SI	EE, EL, IT, LT, LV
Vreme trajanja U kojoj meri su MD isplate vremenski ograničene?	Ne postoji vremensko ograničenje	Redovna reevaluacija ali ne nužno vremensko ograničenje	Vremenski ograničeno
	CZ, DE, DK, EE, EL, FI, FR, HU, IE, LU, LV, NL, SK, UK	AT, BE, CY, ES, LT, MT, PL, PT, RO, SE	BG, EL, (IT), SI
Osnov prava U kojoj meri se iznosi zasnovavaju na bazi prava (npr. fiksnim kriterijumima) ili na diskrecionoj bazi?	Striktno bazirane na pravima	Prevashodno osnov prava ali sa pojedinihim diskrecionim elementima	Značajni diskrecioni elementi
	BG, DK, EE, FR, HU, (IT), LU, MT, NL, RO, SK	AT, BE, CY, CZ, DE, EL, ES, IE, LT, LV, PT, SE, SI, UK	FI, PL

U nekim zemljama tražioci azila i izbeglice se isključuju iz programa minimalnih prihoda, a razlozi mogu biti veoma različiti. U jednom broju država EU (Belgija, Kipar, Irska, Poljska, Rumunija, Litvanija, Velika Britanija), korisnici programa minimalnih prihoda mogu takođe primiti pomoć i za neke druge potrebe. U većini slučajeva radi se o naknadama za pokrivanje troškova stanovanja, grejanja, nabavke školskog pribora, specifične ishrane, itd. Primaoci pomoći imaju pravo i na subvencije za grejanje i električnu energiju, prazničnu pomoć za vreme

Uskrša, subvencije za pružanje nege za stara i hendikepirana lica i subvencionirane godišnje odmire. U nekim državama postoji sistem dopunske ili hitne pomoći u vidu „jednokratnog dodatka“ (Poljska) za pokrivanje troškova za „neophodne egzistencijalne potrebe“ (troškove hrane, lekova ili lečenja, energenata za grejanje, malih popravki kuća, ali i troškove ishrane).

Visina naknade određuje se prema broju korisnika (pojedinaac ili porodica), a dužina isplate je različita. Nekoliko država (Bugarska, Slovačka, Latvija) preduzimaju određene mere kako bi ograničile vreme isplate. U Bugarskoj je vremenski period isplate socijalne pomoći čak više puta smanjivan, a od 2006. godine, vlada je uvela vremenski rok za primanje mesečne socijalne pomoći – najpre postavljanjem granice na 18 meseci, potom skraćivanjem na 12 i na kraju do 6 meseci od početka 2009. godine. Nakon što primalac dobije mesečnu socijalnu pomoć na maksimalni period ona se obustavlja na godinu dana a zatim nastavlja za novi period (European Commission, 2010). U Rumuniji, članovi domaćinstva koji su sposobni za rad a ne rade, u obavezi su da se bave radom u zajednici do 73 radnih sati mesečno.

Većina programa su *nacionalni programi* sa pravilima koja se primenjuju u celoj zemlji. U Belgiji „pravo na socijalnu integraciju“ je formalizovano zakonom iz 2002. godine i pokriva sve aspekte od uslova za sticanje prava do upravljačkih aranžmana. U Holandiji nacionalne vlasti su između ostalog odgovorne za opšti nivo naknada, implementaciju nacionalnih integracionih politika i sprovođenje WWB (Zakona o radu i socijalnoj pomoći, „Wet Werk en Bijstand“). U Velikoj Britaniji, program socijalne pomoći je nacionalni program, a u Švedskoj programi minimalnih prihoda su na nacionalnom nivou regulisani Zakonom o socijalnim službama. Postoje međutim nekoliko država članica u kojima postoji neki prenos odgovornosti za političke odluke na lokalni nivo i podobnost uslova za socijalnu pomoć. Na primer, u Mađarskoj lokalne vlasti imaju slobodu da same definišu neke od kriterijuma podobnosti (Frazer, Marlier, 2009: 23–24).

Nivo upravljanja programima minimalnog dohotka u državama članicama EU27

<i>Političke odluke</i> Na kom nivou se donose odluke o politici MD (npr. podobnost, nivo, vreme trajanja)?	Isključivo ili skoro isključivo nacionalni	Zajedno nacionalni i regionalni/lokalni	Isključivo ili skoro isključivo regionalni/lokalni
	BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, EL, FI, FR, HU, IE, LT, LU, LV, MT, SI, SK, UK	DE, ES, PL, PT, RO, SE	AT, (IT), NL
<i>Pružanje pomoći</i> Koji nivo je odgovoran za organizaciju pružanja MD?	Isključivo ili skoro isključivo nacionalni	Zajedno nacionalni i regionalni/lokalni	Isključivo ili skoro isključivo regionalni/lokalni
	FR, MT, SI	DE, EL, ES, IE, LU, PT, RO, SK, UK	AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, FI, HU, (IT), LT, LV, NL, PL, SE

Sprovođenje programa vrši se najčešće preko službi na lokalnom nivou. U Belgiji su to Javni centri za socijalni rad, u Švedskoj programima minimalnih prihoda rukovode (upravljaju) opštine. U Poljskoj najviše naknada za siromašna domaćinstva se isplaćuju preko lokalnih centara za socijalnu pomoć sa izuzetkom naknada za nezaposlene koje isplaćuju lokalne službe za zapošljavanje. U drugim državama pružanje pomoći je kompleksnije i vrši se preko različitih agencija, što može da dovede do problema u koordinaciji.

Broj korisnika programa minimalnih prihoda varira, tako da je u nekim zemljama zabeležen rast, dok je u drugima došlo do pada kao posledica promena uslova i preusmeravanja na mere aktivizacije. U Austriji broj korisnika privremenih ili vanrednih socijalnih pomoći (offene Sozialhilfe) je dvostruko porastao u periodu između 1996. i 2006. godine. Holandija je dobar primer silaznog trenda i to kao zemlja koja ima relativno dobro razvijene naknade za minimalne prihode. Od 1990. godine broj ljudi koji prima socijalnu pomoć opada kao rezultat rastuće potražnje na tržištu rada i slabih rezultata WWB. U Irskoj je došlo do pada opšteg broja korisnika (1997–2007, 6%) ali i promena u sastavu sa porastom samohranih roditelja, staratelja i invalidnih lica i smanjenje pomoći za nezaposlene. Slovenija, Slovačka i Letonija su dobri primeri kako trend pooštavanja kriterijuma i povećanje uslovljavanja u nekim zemljama može dovesti do ograničavanja pokrivenosti.

Veliki izazov za mnoge države članice je da razviju efikasne strategije za povećanje apliciranja. U Holandiji, opštine promovišu korišćenje postojećih pogodnosti, obraćajući se direktno ljudima koji imaju prava, objavljujući članke u lokalnim novinama i davanjem informacija na mestima kao što su igrališta i škole. Stručnjaci iz Litvanije ističu ovo kada kažu da „izgleda da je jedan od izazova za socijalnu politiku da se pronađe rešenje za konkretne protivurečnosti između toga kako pomoći onima koji nisu u stanju da zatraže pomoć i kao osnažiti one koji nemaju dovoljno znanja, veština i moći da zastupaju svoje sopstvene interese“ (EU Network of National Independent Experts on Social Inclusion, 2009).

2.3. Adekvatnost programa

Procena efektivnosti i adekvatnosti programa minimalnog dohotka u zemljama članicama EU27 je kompleksna, zbog njihove raznolikosti i merenja uticaja na smanjenje siromaštva i socijalne isključenosti. Stručnjaci ističu potrebu razlikovanja kratkoročnih i dugoročnih efekata, koji doprinose obezbeđenju minimuma prihoda u poređenju sa linijom siromaštva, odnosno doprinose (dugoročno) podizanju nivoa aktivizacije preko finansijske podrške. Raznovrsni oblici novčanih davanja u sistemu socijalne zaštite doprinose i poboljšanju integrisanosti u društvu sredstvima za očuvanje zdravstvenog stanja korisnika, programima za podizanje

nivoa kvalifikacija i brže uključivanje na tržište rada, razvojem socijalne mreže i podizanjem nivoa samopoštovanja.

Procena adekvatnosti socijalne pomoći na nivou Unije zasnovana je na preporuci Saveta iz 1992. godine o zajedničkim kriterijumima u vezi sa dovoljno resursa i socijalne pomoći u sistemu socijalne zaštite i preporuke Evropske komisije iz 2008. godine o aktivnoj inkluziji. Adekvatna podrška prihodima podrazumeva „priznavanje prava na resurse i socijalnu pomoć dovoljno veliku za život koji bi bio kompatibilan sa ljudskim dostojanstvom kao delom sveobuhvatne i konzistentne borbe protiv socijalne isključenosti“. I pored toga, u većini država članica Unije ne postoji jasna definicija adekvatnosti u nacionalnom zakonodavstvu, pa je otuda i nivo prihoda ispod prihvatljive granice.

Adekvatnost programa minimalnog dohotka

Da li postoji mehanizam koji se zasniva (nisu) jasno određenih indikatora za utvrđivanje nivoa isplata?	Da, postoji jasan mehanizam. Zasniva se na:				Ne, nivo beneficija je (prevažno) određen na subjektivnom ili arbitrarnom osnovu
	Medijanu / proseku primanja ili njegovom % (npr. nacionalna relativna linija siromaštva)	Životni standard (cene, apsolutna linija siromaštva, potrošačka korpa...)	Minimalni prihodi	Drugo	
	BG, (IT)	CY, CZ, DE, PL, RO, SE, SI	ES, MT, NL	DK, ES, FI, HU, IT, LU, PT, UK	AT, BE, EE, EL, FR, IE, LV, SK
Da li postoji jasan mehanizam za redovne procene nivoa MD?	Da, postoji jasan mehanizam i to:				Ne, arbitrarno je
	Redovno	Pretežno redovno	Neredovno		
	BE, CY, DE, DK, ES, FR, FI, HU, I E, LU, LV, NL, PT, RO, SE, UK	CZ, MT, PL, SI, SK	BG, LT		AT, EE, EL, (IT)

U saopštenju Komisije iz 2008. godine naglašava se da u većini država članica i većini tipova porodica sama po sebi socijalna pomoć nije dovoljna da korisnika podigne iz siromaštva (COM(2008) 639 final). Izveštaji stručnjaka⁶⁵ ukazuju na to su neke zemlje (Irska, Švedska, Holandija, Danska) najbliže cilju da svojim programima minimalnih prihoda dostignu granicu siromaštva. „Većina eksperata naglašava da programi minimalnih prihoda ne podižu ljude iznad linije rizika od siromaštva a mnogi su daleko od toga. Većina bi se verovatno složila sa ocenom austrijskih stručnjaka da efekat socijalne pomoći na smanjenje rizika od siromaštva nije preterano visok za većinu grupa. Ovo izgleda prilično logično s obzirom na

⁶⁵ EU Network of National Independent Experts on Social Inclusion (2009).

činjenicu da je socijalna pomoć (čak i zajedno sa stambenim beneficijama) često ispod nivoa praga rizika od siromaštva (...). Nekoliko stručnjaka (Bugarska, Estonija, Grčka, Mađarska, Litvanija, Latvija, Poljska, Slovačka, Slovenija) su vrlo negativni o adekvatnosti programa minimalnih prihoda i njihovom uticaju na smanjenje siromaštva.“ (Frazer, Marlier, 2009: 34–35).

U Češkoj je efikasnost programa socijalne pomoći u eliminaciji rizika od siromaštva vidljiva u radno aktivnom delu populacije, ali je manje vidljiva kod specifičnih ranjivih grupa, kao što su nezaposleni, nepotpune porodice ili porodice sa puno članova. Smanjenom uticaju socijalne pomoći na siromaštvo doprinose i neadekvatni mehanizmi usklađivanja nivoa davanja sa kretanjem zarada u državama članicama Unije (Belgija, Bugarska, Češka, Danska, Finska, Rumunija, Slovačka, Francuska). Irska i Kipar su poslednjih godina reformisale sisteme tako da je na Kipru povećanje naknada javne podrške nadmašilo inflaciju. U Irskoj su stope naknada redovno povećavane tokom poslednjih deset godina, pa je ukupno povećanje iznad stope inflacije i rasta prosečne zarade u industriji. U Poljskoj nedovoljno česte provere nivoa rezultira slabijim prihodima podrške za siromašne u uslovima rapidnog povećanja cena hrane i troškova stanovanja, što se dešava od 2008. godine.

Značajnu stavku programa pomoći čine nastojanja da programi minimalnih prihoda ne obeshrabe korisnike da rade. Većina nacionalnih sistema država članica Unije kao svoj prioritetni cilj ima dostizanje adekvatnog nivoa prihoda, dok je u zemljama sa najizdašnjim davanjima jasno istaknuto nastojanje da se spreči isključenost sa tržišta rada merama aktivizacije korisnika. U Irskoj je pitanje obima poreskih beneficija, porodičnih i naknada na osnovu rada, i usmerenost primalaca ka zaposlenosti i izbavljenju od siromaštva, razmatrano u nacionalnim izveštajima o reformama iz 2008. godine. Stepem efikasnosti u izbegavanju destimulacija varira u odnosu na kategoriju i vrstu rada. U Belgiji na primer, stručnjaci ističu da su podsticaji za rad veći za samce i jedine nosioce koji zarađuju u porodicama bez dece, a manji za samohrane roditelje. U nekim državama visina socijalne pomoći je niska tako da ne može biti faktor destimulacije.

Naglasak na finansijske podsticaje za rad se dovodi u neposrednu vezu sa nastojanjem da se rad učini isplativim i „kulturom zavisnosti“ koja označava opasnost zavisnosti od pomoći države. Kao rezultat nastojanja da se smanje budžetski izdaci i ograniče davanja za socijalnu pomoć, došlo je do porasta jaza između programa minimalnog dohotka i drugih prihoda. Programi aktivizacije i obezbeđenje adekvatnog nivoa naknada posmatraju kao sredstva investiranja u ljudske sposobnosti i na taj način, reintegracije u društvu i tržište rada. Ovaj pristup je takođe usvojen u fleksibilnom pristupu koji trenutno dominira evropskim diskursom o socijalnoj zaštiti i aktivizaciji.

2.4. Programi minimalnih prihoda i aktivizacija

Preporuka Komisije iz 2008. godine naglašava potrebu za „integriranom, sveobuhvatnom strategijom o aktivnoj inkluziji ljudi koji su van tržišta rada kombinujući odgovarajuću podršku prihodima, inkluzivna tržišta rada i pristup kvalitetnim uslugama“. Komisija se zalaže za „kreiranje sveobuhvatne politike“ koja ima za cilj socijalnu i ekonomsku integraciju ugroženog dela stanovništva merama bržeg zapošljavanja i pružanjem kvalitetnijih usluga. Prema oceni eksperata programi obuke koji su usmereni na primaoca socijalne pomoći doprinose njihovoj aktivizaciji i većoj uključenosti na tržište rada. Međutim, efikasnost mera može da zavisi i od toga koliko su usmerene na lica u najtežem položaju i da li su one kreirane u skladu sa individualnim potrebama korisnika socijalne pomoći. Ističe se potreba da adekvatna podrška prihodima bude usko povezana sa aktivnim politikama tržišta rada.

„Austrija i Portugal su zemlje koje pokazuju stalan napor da poboljšaju ovu vezu. U Austriji je već duže vreme evidentan veliki deficit u vezi zapošljavanja i programa obuke za primaoca socijalne pomoći. Ipak, ova situacija se – iako samo postepeno – promenila tokom vremena. Jedan primer je program „poslovna šansa“ osnovan u saveznim pokrajinama Beču, Štajerskoj, Tirolu, Gornjoj Austriji i Koruškoj. Ovi programi kombinuju podršku socijalnih radnika sa prilikom da steknu i stabilizuju profesionalne i socijalne kompetencije i kvalifikacije. Ipak, za sada ovakve usluge su malog obima, ne sveobuhvatno dostupne i srednjoročni ishodi su različiti. Predviđeni reformski paket naknade minimalnih prihoda bi se takođe bavio ovim problemom donekle kao što je planirano da se strukturno integrišu primaoci ovih naknada u merama obuke službe zapošljavanja“ (Frazer, Marlier, 2009: 49).

Povezanost programa minimalnog dohotka sa zapošljavanjem

U kojoj meri MD pokriva kako zaposlena tako i nezaposlena lica?	Samo nezaposleni	Skoro isključivo nezaposleni, ali u vrlo specifičnim slučajevima takođe i zaposleni	I zaposleni i nezaposleni
	DE, IE	AT, BE, BG, DK, EL, HU, MT, SI, SK	CY, CZ, DE, EE, ES, FI, FR, (IT), LT, LU, LV, NL, PL, PT, RO, SE, UK

Jedan od najjačih trendova u državama članicama Unije je da se povežu isplate sa aktivnim merama i podrškom zapošljavanju. Na primer, u Francuskoj RSA (prihodi aktivne solidarnosti) će zameniti API (dodatak za samohrane roditelje) i RMI (program minimalnih prihoda za socijalno uključivanje). U Nemačkoj, programi Unemployment Pay II (Arbeitslosengeld II) i Socijalni novac (Sozialgeld) ne samo što pokrivaju najveću grupu ljudi (oko 5 miliona ljudi), već su kreirani da povežu novčane naknade i socijalne službe pripremajući radno sposobne ljude za profesionalni život i pomažući im da pronađu posao.

Iako je u većini država članica naglašen značaj mera aktivizacije za povećanje učešća korisnika programa minimalnih prihoda na tržištu rada, prisutne su i kritičke ocene efekata i nivoa realne podrške. U Poljskoj, prema oceni eksperata, lica koja se teško zapošljavaju i korisnici su socijalne pomoći, još uvek imaju male šanse za povratak na tržište rada, i pored reformi koje su usmerene na njihovu aktivizaciju. To znači da programi aktivnih mera imaju ograničena dejstva i da su pozitivni efekti zanemarljivi u grupi siromašnih, lica koja dugo čekaju na zaposlenje i osoba sa niskim kvalifikacijama.

Drugi deo mera aktivizacije tiče se pristupa kvalitetnim uslugama. Izveštaji stručnjaka⁶⁶ (iz Belgije, Danske, Nemačke, Estonije, Finske, Irske, Italije, Holandije, Rumunije, Velike Britanije, Portugala) ukazuju na pozitivne trendove u razvoju veza između programa minimalnih prihoda i pristupa kvalitetnim uslugama. U Danskoj univerzalni karakter države blagostanja obezbeđuje mogućnost pristupa službama za čuvanje dece i za ljude zavisne od pomoći na osnovu programa minimalnih prihoda. Pored toga, tu su i dodatni programi podrške kao što su naknade za stanovanje i briga o deci za grupe sa niskim prihodima. U Belgiji je pristup kvalitetnim uslugama obezbeđen kroz pravo na socijalnu pomoć, i ovo pravo obuhvata širok spektar usluga od dodatnih finansijske podrške do medicinske pomoći i olakšica za stanovanje.

Na drugoj strani su zemlje (Bugarska, Češka, Grčka, Španija, Mađarska, Litvanija, Latvija, Poljska i Slovačka) u kojima su neadekvatno povezani programi pristupa uslugama i programi minimalnih prihoda. U Poljskoj je ljudima koji žive u siromaštvu ograničen pristup uslugama osnovnog kvaliteta, besplatnoj zdravstvenoj zaštiti i dostojnom stanovanju. Za beskućnike je veoma teško obezbediti adekvatan smeštaj, a ogroman nedostatak socijalnog stanovanja čini i dugačka lista čekanja potencijalnih kandidata. Program izgradnje socijalnih stanova pokrenut 2006. godine presporo napreduje, a postojeći socijalni stanovi često ne pružaju ni minimum standarda i bezbednosti.

⁶⁶ EU Network of National Independent Experts on Social Inclusion (2009)

3. Podrška porodici i deci

Starenje stanovništva, sve veća zaposlenost žena, smanjenje stope fertiliteta i mortaliteta, opadanje broja sklopljenih brakova i povećanje razvoda, snažno su uticali na savremenu porodicu, njenu strukturu i formiranje novih porodičnih modela. Da bi odgovorile na rastuće potrebe roditelja i dece gotovo sve zemlje su uvele niz različitih državnih programa podrške i pomoći porodici. Raznolikost modela dizajniranih oko porodice u industrijski razvijenim i zemljama u razvoju, odražavaju različita shvatanja mesta i uloge porodice u društvu, ulogu države u odnosu na potrebe dece, promene na tržištu rada i nove uloge roditelja. Kreiranje nacionalnih „politika porodice“ polazi od međusobne povezanosti ekonomskih i socijalnih promena i njihovog uticaja na savremenu porodicu, u kojoj se gube tradicionalna uloga muškaraca koji obezbeđuje materijalna sredstva i žene koja se brine o deci i obavlja domaće poslove.

Sve značajnije prisustvo žena na tržištu rada, težnja za sigurnošću i ekonomskom nezavisnošću podstiču ženu da se odrekne dela porodičnih obaveza koje preuzima bračni partner ili država. Finansijska nezavisnost žene utiče na promene u strukturi porodice, smanjene broja sklopljenih brakova, razvoj raznovrsnih oblika zajedničkog života i porast broja samohranih roditelja. Da bi zadovoljile rastuće potrebe porodica sa decom, umanjile ekonomski i socijalni rizik i obezbedile potrebnu podršku siromašnim porodicama, države razvijaju različite programe finansijske i drugih oblika pomoći zaposlenim majkama, deci i ostalim članovima porodice. Kombinovanje odgovarajućih mera na tržištu rada i porodične politike, postaje sve značajniji deo državnih programa podrške porodici industrijski razvijenih zemalja, dok su u zemljama u razvoju i dalje dominantni programi finansijske podrške siromašnim porodicama sa decom.

Širok spektar pitanja vezanih za porodicu u zemljama Evropske unije treba posmatrati u kontekstu socijalno-političke delatnosti Unije, koja uključuje poštovanje nacionalne suverenosti, tradicije i osobenosti sistema pojedinih država članica. Poštovanje nacionalnih osobenosti i usvojenih zajedničkih standarda predstavlja osnov na kojima zemlje članice formulišu svoju politiku prema porodici, u okviru sistema socijalne zaštite ili posebno. Pritom se polazi od stava da svaka država ima određene obaveze prema porodici, saglasno ulozi u ekonomsko-socijalnom sistemu, istorijskom i kulturnom nasleđu, promenama u mestu i ulozi žene, ciljevima natalitetne politike, itd. Na tim osnovama se grade posebni programi podrške i pomoći porodici sa decom, koji moraju biti usklađeni sa realnim potrebama i raspoloživim resursima usmerenim u te svrhe.

Javna potrošnja na porodične beneficije (% BDP, 2005)

	Gotovina	Usluge	Poreske olakšice za porodice	Ukupno
Francuska	1,4	1,0	0,8	3,8
Luksemburg	3,1	0,5	-	3,6
Velika Britanija	2,2	1,0	0,4	3,6
Danska	1,5	1,6	0,0	3,2
Švedska	1,5	1,6	0,0	3,2
Belgija	1,7	0,9	0,5	3,1
Mađarska	1,9	1,2	-	3,1
Nemačka	1,4	0,7	0,9	3,0
Finska	1,6	1,4	0,0	3,0
Austrija	2,4	0,5	0,0	2,9
Irska	2,2	0,3	0,1	2,6
Holandija	0,6	1,0	0,6	2,3
Češka Republika	1,2	0,6	0,5	2,2
Slovačka Republika	1,7	0,4	0,0	2,1
Kipar	1,9	0,2	-	2,1
Slovenija	1,4	0,6	-	2,0
Portugalija	0,7	0,8	0,2	1,7
Estonija	1,4	0,1	--	1,5
Rumunija	1,3	0,2	-	1,4
Italija	0,6	0,7	0,0	1,3
Latvija	1,1	0,2	-	1,3
Španija	0,4	0,7	0,1	1,2
Litvanija	0,8	0,4	-	1,2
Poljska	0,8	0,3	0,0	1,2
Grčka	0,7	0,4	-	1,1
Bugarska	1,0	0,1	-	1,1
Malta	0,8	0,1	-	0,9

Izvor: Social Expenditure Database (www.oecd.org/els/social/expenditure) i ESSPROS.

Države članice Evropske unije imaju izgrađeni sistem mera sadržanih u okviru nacionalnih „politika prema porodici“ zasnovanih na važećim socijalnim standardima. Širok spektar socijalnih transfera, poreskih olakšica, stambena i obrazovna politika i raznovrsni programi podrške i pomoći porodici i deci, usmereni su na zaštitu i jačanje uloga porodice u društvu. Pritom se polazi od neophodnosti zadovoljenja savremenih potreba porodice koje u sebi uključuju usklađivanje porodičnih i radnih obaveza svih njenih članova, a posebno žena.

3.1. Promene porodične strukture

Proces demografskih promena u evropskim zemljama reflektuje se na strukturu i forme porodičnog života. Počev od 1960. i 1970-ih godina standardna „nuklearna porodica“ se menja preko različitih formi zajedničkog življenja i novih stilova života (Kapella *et al.*, 2009). I pored toga što se često govori o „evropskoj porodici“ istraživanja pokazuju da postoje razlike na nacionalnom i regionalnom nivou, kao i specifičnosti koje se tiču kulturnog identiteta i modela porodičnog života. Indikatori promena porodične strukture potvrđuju nove trendove u svetlu demografskih trendova koje karakterišu pad stope fertiliteta, produženje očekivanih godina života i starenje stanovništva.

Pokazatelji o fertilitetu najčešće se koriste kao dokaz promena u savremenoj porodici: Srednja vrednost starosti žene pri prvom rođenju najniža je u istočno-evropskim zemljama i kreće se od 24,9 (Bugarska, 2006) do 26,9 (Mađarska, 2006); na drugom kraju su države u kojima žene rađaju prvo dete sa 29,8 (Velika Britanija, 2005) i 29,5 (Švajcarska) godina. U državama na jugu i kontinentalnim zemljama situacija je slična (sa izuzetkom Portugalije), ali su u celini najizraženije razlike između centralno-evropskih država i nordijskih zemalja (osim u Švedskoj).

Srednja starosna dob prvog braka žene u Evropi pokazuje takođe nacionalne specifičnosti, tako da je najviša dob u nordijskim zemljama, zatim u centralnim južnim i anglosaksonskim. Žene u istočno-evropskim državama su znatno mlađe prilikom zasnivanja prvog braka, sa izuzetkom Slovenije. Kod muškaraca je situacija donekle slična, i oni zasnivaju najkasnije brak u Švedskoj i Danskoj, dok se u istočno-evropskim državama najmlađi žene (OECD, 2009). Promene formi porodičnog života odrazile su se na broj dece rođene van braka, što je posebno izraženo u Francuskoj, skandinavskim zemljama, sa najvećim rastom u Danskoj i Švedskoj.

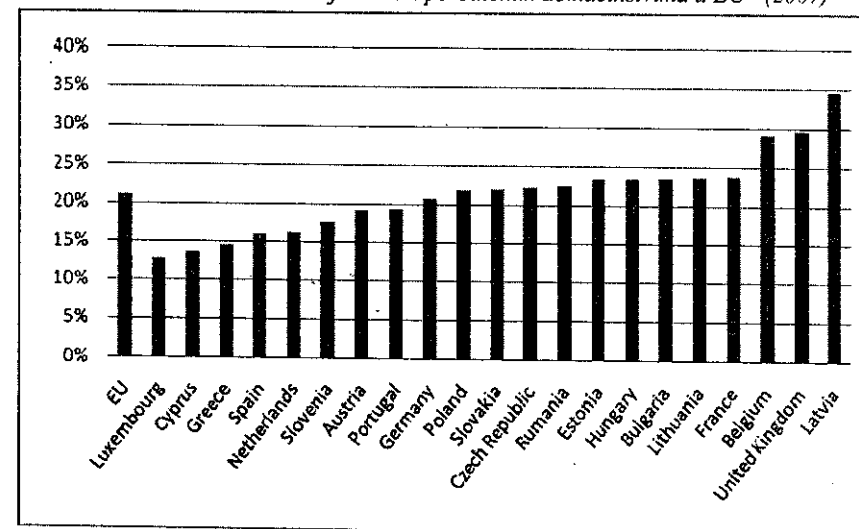
Promena u konceptu braka predstavlja opštu karakteristiku stanja u Evropi. Brak ima sve više obeležja subjektivnog doživljaja, a opredeljenje za i protiv je stvar lične odluke. Nestabilnost i neizvesnost utiču na transformacije savremene porodice, i u najužoj vezi su sa promenama u svetu rada, ekonomskim teškoćama i socijalnim okruženjem.

Promene u porodičnoj strukturi evropskih zemalja imale su dramatičan tok u nekim državama. To je pre svega karakteristično za nordijske i centralno-evropske zemlje u kojima je fertilitet pao od oko troje dece po ženi 1965. godine na 1,8 sredinom 1990-ih. Na jugu Evrope uočeni trend postao je posebno vidljiv u periodu 1980–1990. godina, a u državama na istoku u post-socijalističkoj fazi tranzicije. U tim zemljama stopa fertiliteta je najniža i iznosi 1,2 dece po ženi, što se reflektuje na opšti tok demografskih promena i strukturu domaćinstva. U narednim decenijama nastavljen je uočeni trend i nisu zabeležene veće promene u pogledu kretanja fertiliteta.

Struktura savremene evropske porodice doživela je značajne promene, u periodu „izlaska“ žene iz domaćinstva i većeg prisustva na tržištu rada. To se u nekim državama odrazilo na smanjenje stope fertiliteta i odlaganje zasnivanja porodice, dok je u skandinavskim zemljama zabeležen najveći rast zaposlenosti žena i visoka stopa fertiliteta. To se dovodi u neposrednu vezu sa porodičnom i rodnom politikom i relacijama u odnosu rad i podrška roditeljima u podizanju dece, a na makro nivou viša stopa fertiliteta i zaposlenosti žena zabeležena je u zemljama u kojima postoji institucionalna podrška zaposlenim roditeljima. Istraživanja (Eurobarometar) pokazuju takođe da postoji značajna razlika između realnog i poželjnog broja dece.

Porodična struktura u zemljama Evropske unije nalazi se pod snažnim uticajem migracija i specifičnosti kulturnog, religioznog i nacionalnog identiteta država odakle dolazi najveći broj doseljenika. Priroda radnih i prisilnih migracija oblikovala je broj i strukturu porodica, koja se u velikoj meri razlikuje od domicilnog stanovništva. Migranti čine značajan broj stanovnika pojedinih zemalja (Luksemburg, Irska, Austrija, Nemačka, Francuska) sa sve većim učešćem dece iz „trećih“ država. Poslednjih decenija zabeležene su dramatične promene u državama na jugu, tako da je u Španiji učešće stranaca u opštoj strukturi stanovništva poraslo sa 1,6% u 1997. godini na 10,3% u 2006. godini. Efekti migracija na demografsku strukturu sve starijeg stanovništva Unije su pozitivni, a stopa fertiliteta je viša.

Učešće samohranih roditelja u svim porodičnim domaćinstvima u EU* (2007)



* bez Danske, Finske, Irske, Italije, Malte i Švedske
Izvor: Labor Force Survey microdata, 2007.

Značajne promene tiču se formi zajedničkog života, odnosno broja zaključenih brakova. Od sredine 1960-ih stope sklopljenih brakova su u padu i tek su poslednjih godina stabilizovane. Tako je 1965. godine stopa bila 7,64 na 1 000 lica, a 2007. godine je pala na 4,87 (Eurostat, 2010). U gotovo svim zemljama sve prisutnije su promene tradicionalne „nuklearne porodice“ i porast porodica sa jednim roditeljem, sa 10% (1980), na 27% (1999) u EU15, odnosno 21% u 2008. godini u EU27. Najveći broj samohranih roditelja je u Latviji, Velikoj Britaniji, Belgiji, Estoniji i Litvaniji, a najmanja stopa je 2007. godine bila u zemljama na jugu (Španija, Gračka) i Luksemburgu (Rost, 2009). Značajan broj studija ukazuje na socijalne i ekonomske efekte porasta broja razvoda, i negativne posledice koje pre svega pogađaju žene. Porodice sa jednim roditeljem su najsiromašnije, a kvalitet života i standard je veći u zemljama koje imaju razvijenu mrežu servisa za smeštaj i zbrinjavanje dece.

3.2. Briga o deci

Poseban deo aktivnosti u okviru kompleksne politike prema porodici u zemljama Evropske unije tiče se razvoja adekvatnih oblika zbrinjavanja dece, bilo da se radi o institucionalnim ili otvorenim oblicima zaštite. U cilju usklađivanja radnih obaveza sa poslovima oko nege i podizanja dece, normativnim aktima Unije predviđen je niz mera kojima se promovise jednakost muškaraca i žena u obavezama prema deci i zahteva stvaranje ravnopravnih uslova za njihovo vaspitanje. Da bi to unapredili, zemljama članicama i socijalnim partnerima se preporučuje da „izgrade politiku okrenutu ka porodici, i praktično je sprovode i pritom predvide između ostalog ponude koje se lakše plaćaju, imaju bolji pristup i kvalitativno su na visokom nivou, a tiču se čuvanja dece i osoba kojima je potrebna nega, kao i odmora radi podizanja dece i ostalih mogućnosti privremenog odsustva sa posla“.

Sve značajnije učešće žena na tržištu rada, napredak tehnologije i promena opšteg stava prema mestu žene u društvu i porodici, usloveli su „preraspodelu uloga“ i podelu roditeljske odgovornosti. Izlazak žene na javnu scenu, borba za ravnopravnost na poslu i zauzimanje adekvatnog mesta u političkim i upravljačkim strukturama, dovođena je u vezu (osamdesetih godina) isključivo sa „ženskim pitanjem“, a u nekim slučajevima je izjednačavan sa feminizmom. Posmatrano sa stanovišta porodičnih uloga poslednjih godina zapažaju se promene usmerene na prenošenje dela obaveza oko dece na muškarca – supruga i oca. Odatle proističu promene u zakonodavstvima zemalja članica koje za očeve predviđaju: plaćeno odsustvo prilikom rođenja deteta, mogućnost korišćenja neplaćenog odsustva, skraćeno radno vreme, plaćeno odsustvo za negu deteta, itd. I pored evidentnog napretka u normativnim aktima Unije i nacionalnom

zakonodavstvu, istraživanja pokazuju da žene – majke najčešće koriste ove podobnosti, što se u nekim slučajevima tumači tradicijom, dogovorom između partnera ili finansijskim efektima.

Uvođenje kompjuterske internet tehnologije i promene u strukturi privrede obezbedili su brže zapošljavanje žena i donekle olakšali usklađivanje radnih i porodičnih obaveza. Fleksibilni oblici zapošljavanja i rad sa nepunima radnim vremenom u nekim sferama uslužnih delatnosti pružaju mogućnost ženama da u kući i pored dece saglasno svom rasporedu, obave veliki deo poslova, koji se zatim, informativnim kanalima šalju u firme (banke, agencije, berze, itd.). Zvanična politika usmerena je na ohrabrivanje poslodavaca za promene i stvaranje radnog okruženja saglasno potrebama porodice i obavezama prema deci. Pritom se posebno ističu pozitivni efekti koji postižu zaposlene žene koje su rasterećene porodičnim problemima, i negativni efekti problema na radnom mestu na odnose u porodici. Zanimljivo je da se sve prisutniji oblici devijantnog ponašanja veoma često se povezuju sa neuspešnim naporima roditelja da usklade obaveze na poslu, svoje ambicije i potrebe za adekvatnim oblicima zbrinjavanja i vaspitanja dece.

Preporukama Evropskog saveta predviđene su obaveze zemalja članica da razvijaju i sprovode mere koje doprinose usklađivanju obaveza oko podizanja dece i zahteva koji se tiču radnog mesta. U tom smislu posebno se ističe: briga o deci za vreme dok su roditelji na poslu, dok su okupirani osposobljavanjem za rad, usavršavanjem ili traženjem posla; ostvarivanje prava roditelja na odsustvo sa posla za vreme dok podižu decu; obezbeđivanje radnog okruženja, strukture i organizacije posla prilagođenih potrebama radnika koji imaju decu; podela porodičnih, profesionalnih i obrazovnih odgovornosti između žena i muškaraca koji podižu decu.

Poseban deo pitanja tiče se razvoja specifičnih službi za zbrinjavanje dece zaposlenih (i drugih) roditelja. Ozbiljnost pristupa ovom problemu potvrđuje činjenica stalne dogradnje i usavršavanja institucionalnih i drugih oblika zaštite dece i stimulisanje raznovrsnih oblika samoorganizovanja roditelja na lokalnom nivou. Država, crkva i nevladin sektor razvili su čitav spektar programa usmerenih na dostupnost informacija, pripremu roditelja i dece na uslove boravka u kolektivu, usavršavanje savetodavnog, zdravstvenog, pedagoškog i obrazovnih programa, razvoj multikulturnog okruženja, itd. U zemljama Evropske unije postoji čitava mreža najraznovrsnijih službi za zaštitu dece, saglasno utvrđenoj politici prema porodici i specifičnostima pojedinih regiona. Posebna pažnja posvećuje se razvoju specifičnih socijalno-pedagoških i obrazovnih službi čiji je rad usmeren prema deci sa posebnim potrebama, kao i deci koja rastu samo sa jednim od roditelja.

Formalna zaštita dece prema starosnim grupama i trajanju (% populacije u svakoj starosnoj grupi)

godine	0-2			3 - do školskog uzrasta			od školskog uzrasta - 12		
	0	1-29	30+	0	1-29	30+	0	1-29	30+
BE	56	21	23	0	35	65	0	27	73
CZ	98	2	0	32	31	38	1	67	31
DK	30	7	63	3	15	82	2	32	65
DE				4	65	31	1	63	36
EE	85	1	14	14	5	81	1	52	47
GR	91	4	6	35	37	28	1	53	46
ES	59	24	16	8	49	43	2	48	50
FR	72	13	15	7	51	42	0	45	54
IE	77	13	11	14	71	15	0	59	41
IT	76	10	15	10	23	67		15	85
CY	81	6	12	13	43	44		70	30
LV	83	2	14	48	6	46	9	25	65
LU	75	11	14	34	43	23	1	72	27
HU	92	2	6	16	21	63	13	29	57
MT	87	10	3	36	38	27	2	21	77
NL	58	39	4	9	80	11		85	15
AT	92	7	1	30	52	18	1	65	34
PL	97	0	2	69	8	23	6	54	40
PT	73	2	25	26	14	61	3	13	84
RO	94	3	3	38	46	16	10	88	3
SI	70	3	27	16	15	69	2	37	61
SK	98	1	1	24	6	69	6	41	54
FI	74	6	20	24	21	55	0	83	17
SE	53	20	27	9	30	61		0	100
UK	62	34	4	16	63	21	23	13	64

*nedeljno;

Izvor: EU-SILC 2007, Navedeno prema: Tarki-Applica, 2010: 64.

Istraživanja pokazuju da institucionalni oblici zbrinjavanja zavise od nacionalne socijalne politike, odnosno prihvaćenog modela države blagostanja (Kreynefeld, 2004: 3) saglasno prihvaćenom „stepenu defamilijarizacije“. U državama sa socijal-demokratskim modelom (Norveška, Danska, Švedska) država eksplicitno podržava zbrinjavanje dece van porodice koji ima javni karakter sa jasno definisanim izvorima finansiranja. Troškovi korišćenja ustanova su relativno niski, kvalitet je regulisan od strane države i relativno visok. Iako korišćenje ustanova za brigu o deci nije univerzalno, većina roditelja ih koristi kako bi uskladili obaveze u porodici i na poslu, što posebno pogoduje ženama. Na taj način socijalno-demokratski režimi obezbeđuju pretpostavke za visok stepen

jednakosti polova na tržištu rada, tako da je model „dvostrukog zarađivanja“ oba partnera preovlađajući.

U zemljama sa liberalnim tržištem kupovna moć odlučuje o korišćenju službi za zbrinjavanje dece. Pošto žene sa lošim mogućnostima za zaposlenje praktično ne mogu da obezbede zbrinjavanje dece sa strane, kao prve su isključene iz procesa rada i otuda nužno postaju zavisne od primanja partnera ili transfernih isplata. Ako nemaju sigurne izvore prihoda i postoji nužnost zapošljavanja, odlučujući parametar načina zbrinjavanja dece su prihodi domaćinstva, što se odražava na kvalitet smeštaja. Žene sa niskim primanjima nisu u mogućnosti da svojoj deci obezbede skupe i time visoko kvalitetne aranžmane zbrinjavanja. Posledica toga je socijalna segregacija dece u dnevnim boravcima. Deca iz domaćinstava sa visokim primanjima se koncentrišu na boravke sa visokim kvalitetom, a deca iz siromašnih porodica se koncentrišu u okviru institucionalnog smeštaja sa pratećim nižim kvalitetom, ili su usmerena na neformalne aranžmane, a u nekim slučajevima ostaju sasvim nezbrinuta (Kreynefeld, 2004).

U zemljama sa liberalnim tržištem (Australija, SAD, Velika Britanija) socijalno-politička intervencija je mala i pre svega se zasniva na principu potrebe, tj. ograničava se na socijalno ugrožene i grupe sa niskim primanjima. Socijalne usluge, kao što je zbrinjavanje dece se nude na manje više regulisanom tržištu uslužnih delatnosti. Državna intervencija u ovoj oblasti je ograničena na transfere i poreske olakšice za troškove zbrinjavanja dece, kako bi se olakšalo zapošljavanje roditelja. U zemljama sa liberalnim režimom postoje takođe i pojedinačni predškolski programi za decu iz domaćinstava sa niskim primanjima, koji obezbeđuju vaspitanje i obrazovanje dece iz siromašnih porodica.

Za konzervativno-korporativističke države blagostanja je karakteristična usmerenost na osiguranje, pa su otuda i socijalna davanja po pravilu vezuju za prethodnu zaposlenost. Stepem defamilijarizacije u ovim zemljama je nizak, a briga o deci se shvata kao porodični zadatak i potpomaže se odgovarajućim transferima. Dominantni porodični model je „model muškog hranioca“. U tom kontekstu Nemačka se ne ubraja samo u konzervativne države blagostanja, nego je brojni autori shvataju kao prototip konzervativno-korporativističkog režima.

U zemljama koje pripadaju ovom modelu ponuda institucionalnog zbrinjavanja dece obezbeđena je pre svega kroz državne institucije, a kvalitet usluga je regulisan posebnim propisima. Otuda na korišćenje raznovrsnih oblika smeštaja dece manje odlučuje kupovna moć roditelja nego pitanje da li roditelji žele da koriste javnu ponudu i konačno, da li mogu da dobiju mesto, posebno kada su u pitanju jaslice čiji su kapaciteti ograničeni zbog čega postoji lista čekanja. Za razliku od toga, obdaništa su gotovo etablirana kao prvi stepen obrazovanja, a u Nemačkoj od 1996. godine za decu od 3-6 godina (odnosno do početka škole), postoji pravo na mesto u obdaništu i njega koriste deca svih socijalnih struktura.

Sistem zbrinjavanja dece jedne zemlje važi kao značajan faktor razvoja zaposlenosti žena, jednakosti polova na tržištu rada i indirektno utiče na stope prirodnog priraštaja. U zemljama sa liberalnim tržištem brojne empirijske studije pokazuju kako niski troškovi zbrinjavanja dece pozitivno utiču na zaposlenost žena (Kreynefeld, 2004: 7). Međunarodna poređenja stanja u odnosu na vezu između zbrinjavanja dece i rađanja, ukazuju na to da zemlje sa obimnim javnim sistemom zbrinjavanja (Francuska, Švedska) imaju visok natalitet. Sa druge strane, u zemljama sa liberalnim tržištem (SAD, Velika Britanija) u kojima država ne nudi gotovo nikakvo zbrinjavanje, stopa nataliteta je takođe relativno visoka. U konzervativnim državama (Nemačka) u kojima deca u godinama za jaslice gotovo da nemaju mogućnosti zbrinjavanja, a gde se aktivno podržava porodična briga, stopa nataliteta je izuzetno niska. Na mikro nivou se do sada nije pokazala jasna veza između zbrinjavanja dece i stope nataliteta.

3.3. Socijalne beneficije

Državni programi pomoći u evropskim zemljama uključuju raznovrsne oblike podrške u primanjima za porodice sa decom. Beneficije mogu biti univerzalne, tj. dostupne svoj deci ili su i predviđeni uslovi kvalifikacije (imovinski cenzus, uzrast, broj dece, uplata doprinosa). Kod univerzalnih programa primenjuje se princip „horizontalne redistribucije“ – od lica koja žive sama i parova bez dece ka porodicama sa decom. To podrazumeva postojanje društvenog konsenzusa da su deca (barem do izvesne mere) vrsta „javnog dobra“ i da stoga zaslužuju javnu podršku bez obzira na druge faktore (porodična primanja). Univerzalne dečje beneficije mogu biti fiksnog iznosa ili se visina po detetu menja prema godinama starosti i ili broju dece u porodici.

U Estoniji, Finskoj, Mađarskoj, Irskoj i Velikoj Britaniji obezbeđuju se univerzalne beneficije za svu decu, uključujući i prvo dete. U Francuskoj postoje dodatni kriteriji, tako da su beneficije dostupne od drugog deteta i dalje, a u Grčkoj od 4 deteta i više dece, i pored toga što nije predviđena provera prihoda. U Nemačkoj sličan tip beneficija za decu obezbeđuje se preko poreskog sistema. Porodične gotovinske beneficije u zemljama EU variraju u pogledu uzrasta i pokrivenosti dece. U najvećem broju država članica dečje beneficije su predviđene za decu do 17 godina (Grčka, Holandija, Poljska, Slovenija, Španija, Italija, Irska, Luksemburg, Danska, Belgija), u Nemačkoj i Mađarskoj 18 godina, a u Francuskoj starosna granica je 20 godina (pod uslovom da dečja primanja ne premašuju 55% minimalne zarade). Najnižu starosnu granicu za ostvarivanje prava na dečje beneficije imaju Litvanija (12 godina) i Češka (14 godina), dok je u ostalim državama od 15–17 godina (OECD, 2010, Family cash benefits).

Porodične gotovinske beneficije* (2007)

Država	Maksimalna naknada za jedno dete od 3–12 godina		Iznos nadoknade po detetu dodatno varira prema		Gornja starosna granica za decu (studente)	Test prihoda
	US&	%PZ***	uzrastu deteta	broju dece		
Austrija	2,901 836	6 2	- 0	0 0	15(18)	Ne Poreski kredit
Belgija	1,739	3	+/-	+/-	17(24)	Ne
Kipar	274	2	0	0	17(23)	Ne
Češka R.	417	3	+	0	14(25)	U odnosu na minimalni standard
Danska	2 306	4	-	0	17	Ne
Estonija	474	3	0	+od 3	15(18)	Ne
Finska	1,643	3	+	+	16	Ne
Francuska	979	2	+	+	20	Ne
Nemačka	2,530 2,300	4 4	0 -	+ od 4 -	18(25) -	Ne Da (dodatak)
Grčka	135	0	0	+/-	17(21)	Ne
Mađarska	765	7	0	+	18(23)	Ne
Irska	2,628	6	0	+ od 3	17	Ne
Italija	1,495	5	0	+	17	Oporezovani prihod domaćinstva
Latvija	433	2	0	+	15(19)	Ne
Litvanija	331	3	-	+ od 3	12(23)	Ne
Luksemburg	3,846	6	+	+	17(26)	Ne
Malta	844	9	0	+	15(20)	Dohodak domaćinstva minus doprinosi za socijalno osiguranje
Holandija	1,488	3	+	0	17	Ne
Poljska	276	2	+	0	17(20)	Bruto dohodak po članu domaćinstva u odnosu na neto dohodak po stanovniku
Portugalija	536	2	+/-	-	16(24)	Prihodi u odnosu na minimalnu platu
Slovačka R.	1,898	3	0	0	15(25)	Ne
Slovenija	263	8	0	+	17(25)	Bruto prihod porodice
Španija	396	1	0	0	17	Bruto prihod porodice
Švedska	1,865	4	0	+	16(20)	Ne
Velika B.	1,883 1,090	3 3	0 0	- +	15(18)	Ne Bruto prihod porodice

* porodične gotovinske beneficije uključuju povratni poreski kredit. Svi iznosi beneficija su prikazani na godišnjem nivou. **prosek plate prosečnog radnika.

Izvor: OECD Tax-Benefit Models – Family Database.

Navedena starosna granica se menja u slučaju nastavka školovanja ili stručnog usavršavanja, do 18 godina u Austriji, Estoniji i Velikoj Britaniji, odnosno do 25 godine (Češka, Nemačka, Slovačka, Slovenija) i maksimalnih 26 godina u Luksemburgu. Programi gotovinskih beneficija za decu u Danskoj, Finskoj, Francuskoj, Irskoj, Italiji, Holandiji i Španiji ne predviđaju produženje isplate u slučaju nastavka školovanja. Ako je dete hendikepirano starosna granica se povećava na 19 godina u Irskoj, dok u Nemačkoj i Grčkoj ne postoji fiksno definisani uzrast pod uslovom da je hendikep nastao do određenih godina života.

U značajnom broju država mogu se ostvariti dodatne beneficije na osnovu testiranja prihoda ili su gotovinska davanja ograničena na porodice sa niskim primanjima i malom imovinom. U Mađarskoj i Irskoj porodice sa niskim zaradama mogu se osloniti na dodatne beneficije zasnovane na testu prihoda koje se pružaju uz univerzalne beneficije. Porodične beneficije se testiraju na prihode u Poljskoj (i isplaćuju se paušalno) i u Sloveniji (gde su obrnuto proporcijalne приходima). U Poljskoj postoji dodatna pomoć za porodice sa 3 i više dece. Slični dečji dodaci takođe postoje za takve porodice u Italiji i Francuskoj. U Francuskoj je dečji dodatak moguć na bazi testa prihoda za porodice sa decom mlađom od 4 godine (TÁRKI, Applica, 2010: 120).

Većina zemalja EU ima nacionalne socijalne „sigurnosne mreže“ koje obezbeđuju zaštitu od siromaštva i garantovani minimum prihoda za sve. Samohrani roditelji obično imaju pravo na veći iznos beneficija, kao u Finskoj, Irskoj, i UK na osnovu testa primanja. U Francuskoj podrška samohranim roditeljima ima univerzalni karakter i podrazumeva proveru prihoda. U Grčkoj beneficije za samohrane roditelje podrazumevaju test prihoda, ali strogi uslovi pristupa dovode do ograničene pokrivenosti.

Prava po osnovu materinstva obuhvataju medicinsku zaštitu i naknade zarade u periodu odsustva sa posla usled rođenja deteta, i to u zakonom predviđenom trajanju. Isplata naknada se vrši mesečno (ili dnevno) u visini koja predstavlja deo (procenat) neto zarade, ako su ispunjeni uslovi u pogledu osiguranja i uplate doprinosa. U Italiji postoji „materinski ček“ za majke koje ne rade, a u drugim zemljama različiti oblici pomoći pri rođenju (usvajanju) deteta kao vid paušalnih davanja. U Nemačkoj, Francuskoj, Luksemburgu i Austriji, roditelji mogu da koriste odsustvo radi podizanja i vaspitanja dece u vidu potpunog ili delimičnog prekida rada, i po tom osnovu imaju pravo na novčana davanja čija visina zavisi od trajanja zaposlenosti, odnosno godina osiguranja.

Plaćeno odsustvo može trajati od tri meseca do dve godine (u Francuskoj tri) i njega mogu da koriste otac i majka, pojedinačno ili zajedno u periodu koji se često usklađuje sa različitim vidovima delimične zaposlenosti. Zakonom je garantovano pravo roditelja da se nakon propisanog roka vrate na svoje ili slično radno mesto, a u najvećem broju zemalja postoji mogućnost korišćenja posebnog odsustva radi nege deteta. Ovo odsustvo po pravilu nije plaćeno i obavezno (sa

izuzetkom Italije za decu ispod tri godine), a u Francuskoj i Luksemburgu „poseban odmor“ se može koristiti i za posebne porodične situacije (rođenja, smrt). Zbog promena na tržištu rada i sve većeg broja roditelja koji rade sa nepunim radnim vremenom, najveći broj zakonodavstava se prilagođava promenama koje se tiču usklađivanja porodičnih i radnih obaveza.

Promene u strukturi porodice i sve značajnije učešće nepotpunih porodice učinili su posebno značajnim *mere pomoći samohranim roditeljima*. Pored prava koja se tiču osiguranja članova porodice umrlog osiguranika (porodične penzije), postoji čitav niz prava usmerenih prema porodicama sa jednim od roditelja. U osnovi se radi o olakšicama prilikom obračuna plaćanja poreza na dohodak, kao što je to slučaj u Nemačkoj, Belgiji, Francuskoj, Velikoj Britaniji, Italiji, Luksemburgu, Irskoj i Holandiji. Po tom osnovu se mogu troškovi čuvanja dece i njihovog školovanja odbiti od ukupnog iznosa poreza ili se dobija poseban dodatak za obdanište (za udovice, samohrane). Samohrani roditelji dobijaju veći iznos socijalne pomoći, a obezbeđuje im se mogućnosti korišćenja zdravstvene zaštite, bez obzira na to što nisu plaćani doprinosi, kao što je to slučaj u Francuskoj sa samohranim roditeljima od 45 godine života sa većim brojem dece, ili pogodnosti u korišćenju više plaćenih slobodnih dana radi nege bolesnog deteta. Osnovni cilj navedenih i drugih prava usmeren je na smanjivanje rizika siromaštva, čemu su nepotpune porodice sa decom posebno izložene, i ujednačavanje uslova za podizanje i vaspitanje dece.

4. Siromaštvo dece

Borba protiv siromaštva i socijalne isključenosti predstavlja važan cilj Evropske unije i njenih država članica. Evropska Komisija je u svom izveštaju 2006. godine⁶⁷ zaključila da je neophodno sagledati ostvarivanje prava dece u skladu sa Konvencijom UN iz 1989. godine. Time je siromaštvo dece dobilo značajno mesto u socijalnoj agendi Unije, a počev od 2001. godine i Otvorenog metoda koordinacije (OMK). Države članice su se saglasile da strategije socijalne zaštite i socijalne uključenosti pružaju mogućnost razmene dobre prakse i obezbeđuju međusobno učenje. Evropski Savet je 2006. godine pozvao države članice da „preduzmu neophodne mere za smanjenje siromaštva dece i time svoj deci nezavisno od njihovog porekla obezbede jednake šanse“.

Poslednji nacionalni izveštaji o socijalnoj zaštiti i socijalnoj uključenosti (2008–2010) pokazuju da države članice posvećuju posebnu pažnju borbi protiv siromaštva dece, da su i dalje deca izložena visokom riziku socijalne isključenosti i da se mora učiniti više na tom polju. Komisija je u revidiranoj Socijalnoj agendi 2008. godine utvrdila kvalitativne i kvantitativne ciljeve u borbi protiv siromaštva.

Kako su društvene slabosti i nezaposlenost roditelja osnovni uzroci siromaštva dece, Komisija je predložila tri osnovna cilja: roditeljima se mora olakšati povratak na tržište rada, minimum finansijske sigurnosti mora biti primereno viši, službe za brigu o deci visokog kvaliteta i druge socijalne usluge moraju biti dostupne za sve. U Lisabonskoj strategiji je naglašeno da politika porodice mora bolje da reaguje na društvene i socijalne promene. To posebno važi za sve veći broj porodica sa samohranim roditeljima (majka ili otac), koji su izloženi i najvišem riziku siromaštva.

Siromaštvo dece se u okviru socijalne delatnosti Unije posmatra kao kompleksan problem i dovodi u neposrednu vezu sa ekonomskom i drugim politikama. Otuda su za blagostanje dece i mladih od posebne važnosti ne samo odsustvo materijalne deprivacije, već i obrazovanje, zdravlje i stanovanje. U borbi protiv siromaštva zemlje članice Unije posvećuju posebnu pažnju „rizičnim grupama“ kao što su: hendikepirana deca, deca iz migrantskih porodica, deca etničkih manjina (posebno Roma) i deci kojoj je potrebna nega u institucijama i bolnicama.

Posebno važan problem predstavlja dečji rad⁶⁸ i Komisija je angažovana na zaštiti prava dece i merama za suzbijanje njihovog kršenja. Evropska unija nastoji

⁶⁷ KOM (2006)367.

⁶⁸ Procenjuje se da u svetu radi 165 miliona dece starosti od 5 do 14 godina.

da obezbedi veće angažovanje država, privrede i međunarodnih organizacija u cilju rešavanja problema, i podstiče na potpisivanje Konvencija Međunarodne organizacije rada (ILO). Obrazovanje⁶⁹ predstavlja bitnu pretpostavku za izlazak iz siromaštva pa je otuda i na ovom polju potrebno, prema mišljenju Komisije, preduzeti adekvatne mere za veće uključivanje dece u sve nivoe obrazovanja i povratak onih koji su napustili škole bez sticanja kvalifikacija.

Stopa siromaštva dece 2005–2007 (u %)

	Stopa siromaštva 2007 (%)	Stopa siromaštva 2005 (%)	2005 kao % 2007
Belgija	16,4	8,6	52,7
Česka Republika	16,7	8,6	51,6
Estonija	19,3	10,4	53,5
Španija	25,2	11,9	47,2
Francuska	16,6	7,1	43,0
Italija	25,8	15,6	60,5
Kipar	11,9	5,7	48,2
Latvija	21,4	9,6	44,7
Litvanija	22,5	13,0	57,5
Luksemburg	20,6	14,1	68,3
Mađarska	19,0	8,1	42,6
Holandija	14,6	7,8	53,4
Austrija	14,7	3,9	26,8
Poljska	24,7	13,7	55,6
Portugalija	21,7	14,2	65,5
Slovenija	11,1	4,4	39,9
Slovačka	17,4	7,8	44,9
Finska	10,5	5,0	47,8
Švedska	11,4	3,8	33,8
Velika Britanija	22,4	8,7	38,9

Izvor: EU-SILC 2007 Longitudinal Database, version 01.08.2009.

Evropska godina borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti (2010) je značajna sa stanovišta socijalno-političkih aktivnosti na suzbijanju siromaštva dece. Kako projektovani Lisabonski ciljevi nisu ostvareni, utvrđeni su sledeći⁷⁰: pravo svih ljudi da žive u dostojanstvu, odgovornost privatnog i javnog sektora za smanjenje siromaštva, iskorenjivanje siromaštva i jačanje socijalne kohezije kao preduslov dobrobiti za sve, i angažovanje na svim nivoima društva. Za ostvarivanje navedenih ciljeva u budžetu Unije je izdvojeno 17 miliona eura.

⁶⁹ Procenjuje se da 72 miliona dece u svetu ne ide u školu, od toga su 57% devojčice.

⁷⁰ Europäisches Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung (2010) – Strategisches Rahmenpapier, <http://2010againstopoverty.ec.europa.eu>, Europäische Kommission, Brüssel

4.1. Karakteristike dečjeg siromaštva

Siromaštvo dece u zemljama EU27 predstavlja opštu karakteristiku stanja, sa značajnim razlikama između pojedinih država i regiona. U 2007. godini je 20% dece bilo izloženo riziku siromaštva⁷¹, a najviše stope zabeležene su u Bugarskoj (30%) i Rumuniji (33%). U nordijskim zemljama živi najmanje siromašne dece (Danska 10%, Finska 11%, Švedska 12%), zatim na Kipru (12%) i u Sloveniji (11%). Ako se izuzmu dve najnovije članice (Bugarska i Rumunija) najveći rizik od siromaštva imaju deca u mediteranskim zemljama (Italiji 25%, Španiji 24%, Grčkoj 23%), Poljskoj (24%) i Velikoj Britaniji (23%). Kontinentalne države i jedan broj novih zemalja u 2007. godini su imale srednju stopu rizika od siromaštva dece.

Na nivou Unije deca su siromašnija od opšte populacije za 3%, a slična situacija je i u značajnom broju zemalja članica. U Danskoj, Finskoj, Kipru i Nemačkoj stopa rizika kod dece je iznad proseka za ukupnu populaciju. U Sloveniji, Švedskoj, Estoniji i Latviji je oko nacionalnog proseka. Najveća razlika je u Češkoj Republici, Slovačkoj i Mađarskoj. U Poljskoj, Luksemburgu i Holandiji stopa rizika od siromaštva kod dece u 2007. godini bila je za 40% veća od opšte stope (TARKI, Applica, 2010: 24).

Rizik od siromaštva dece u odnosu na nacionalne i EU prosek EU27 (2007)

	Rizik od siromaštva – stopa niža od proseka EU (< 3 pp)	Stopa rizika od siromaštva – oko proseka EU	Rizik od siromaštva – stopa viša od proseka EU (> 3 pp)
Stopa rizika od siromaštva manja od nacionalnog proseka	DK, DE, CY, SI, FI	EE	
Stopa rizika od siromaštva viša od nacionalnog proseka (>0-4 pp)	BE, FR, NL, AT, SE	IE, LV, LT, PT	EL, ES, UK
Stopa rizika od siromaštva viša od nacionalnog proseka (>5 pp)	CZ, SK	LU, HU, MT	IT, PL, BG, RO

Izvor: Eurostat: EU-SILC 2007, navedeno prema: Tarki-Applica, 2010: 25

Siromaštvo i socijalna isključenost veoma negativno utiču na budućnost dece ali i na njihove potencijale da doprinesu društvu, obzirom na činjenicu da siromašna deca imaju manje šansi od svojih vršnjaka da dobro uče, uživaju u dobrom zdravlju i da ostanu van sistema krivičnog pravosuđa. Ona, takođe, imaju teškoće na tržištu rada u pronalazanju posla a samim tim i pozicioniranju u društvu.

Stopa rizika od siromaštva govori nam o procentu dece koja žive ispod priznate linije siromaštva ali ne i koliko je ozbiljno njihovo siromaštvo. Da bi se

⁷¹ U analizi su korišćeni rezultati EU-SILC 2007 (version 01.03.2009).

bolje razumela pozicija siromašne dece, nužno je uzeti u obzir još jedan indikator, a to je jaz siromaštva. U Evropskoj uniji, intenzitet siromaštva meren jazom siromaštva, pokazuje veoma kontrastne slike pa tako u trećini zemalja (Malta, Irska, Bugarska, Poljska, Italija, Španija, Estonija, Letonija) intenzitet siromaštva je 3 do 6 poena viši za decu nego za ukupnu populaciju. U ovim zemljama, prosečan prihod siromašne dece je od 20% – 30% i niži od nacionalnog praga siromaštva. Nasuprot tome, u zemljama kao što su Finska, Austrija, Francuska, Kipar, Velika Britanija, Slovenija, Švedska i Nemačka, jaz siromaštva je niži od 20%, dok je u Grčkoj, jako viši od 20%, ipak u nižoj vrednosti u odnosu na jaz siromaštva ukupne populacije (EU-SILC).

Jedan od ključnih faktora koji utiče na prihod dece je sastav i veličina domaćinstva kome deca pripadaju. Strukture domaćinstava umnogome zavise od načina na koji pojedinci odluče da organizuju svoje živote a to se dešava u kontekstu specifičnih kulturnih, društvenih i demografskih trendova u kojima ekonomski uslovi igraju veoma bitnu ulogu. Najveći rizik od siromaštva imaju deca koja žive sa jednim roditeljem (EU – 37%), sa varijacijama od 17% (Danska) do 55% (Luksemburg). Visoke stope rizika dece samohranih roditelja su i u Litvaniji (49%), Velikoj Britaniji (46%), Estoniji (oko 40%). Najniži rizik siromaštva dece koja žive samo sa jednim roditeljem je 2007. godine bilo u Danskoj (17%), Finskoj (22%), Švedskoj (26%), Slovačkoj i Francuskoj (29%).

Deca u mnogočlanim porodicama su takođe nadprosečno izložena riziku siromaštva u zemljama EU (24% u 2007. godini). Najviše siromašne dece u ovim porodicama je u Portugaliji (47%), Italiji (42%), Latviji (41%), Španiji (41%), Litvaniji (38%) i Poljskoj (37%). U Češkoj je stopa rizika od siromaštva dece u domaćinstvu sa dvoje odraslih i troje dece (32%) dvostruko veća od prosečne, 4,5 puta veća od siromaštva porodice sa jednim detetom (7%). Najniže stope zabeležene su u Nemačkoj (13%), Finskoj (13%), Švedskoj (14%) i Danskoj (15%). Jedino u Nemačkoj je učestalost siromaštva dece iz mnogočlanih porodica niža od opšte stope siromaštva dece. U Holandiji polovina siromašne dece živi u mnogočlanim domaćinstvima, u Danskoj i Finskoj 40%.

Položaj roditelja na tržištu rada, jedna je od ključnih determinanti uslova u kojima deca rastu i razvijaju se. Zarada je glavni izvor prihoda za roditelje, i nezaposlenost, samim tim, predstavlja ključan rizik od siromaštva za domaćinstva sa decom. Zaposlenost ne znači i sigurnu zaštitu od siromaštva jer, uzrok siromaštva može biti i niska zarada odnosno slabo plaćen posao. Visina zarade i broj zaposlenih u domaćinstvu direktno utiču na omogućavanje adekvatnog prihoda, dok učešće roditelja na tržištu rada zavisi od kombinovanog uticaja aktivnih politika koje podržavaju zapošljavanje roditelja (posebno majki) i od dostupnosti i pristupačnosti usluga vezanih za decu (čuvanje dece).

Iako su zarade glavni izvor prihoda, nisu i jedini. One predstavljaju oko 60% bruto dohotka porodica koje su u riziku od siromaštva. Socijalni transferi (bez

penzija) predstavljaju nešto više od 1/3 bruto dohotka i upravo ta naknada igra značajnu ulogu u dopuni prihoda ovih porodica. Zarade i naknade imaju različite uticaje u zemljama Evropske unije. Zarada ima najveću ulogu u zemljama na jugu (Kipar, Španija, Grčka, Italija, Portugalija) i čini 70% i više prihoda siromašnih porodica, dok u Belgiji, nordijskim zemljama, Irskoj i Velikoj Britaniji, ona čini 30–45% prihoda. U ovim zemljama, različite vrste naknada predstavljaju dopunu prihoda siromašnih porodica što ukazuje na različite pristupe organizaciji socijalnih transfera u zemljama EU.

Stopa siromaštva dece prema tipu domaćinstva (2007, u %)

	Jedan roditelj +1dete	2 odraslih + 1 dete	2 odraslih + 2 dece	2 odraslih + 3 dece	ili domaćinstva sa decom
BE	39,6	9,1	8,5	18,3	15,2
CZ	45,3	7,0	8,2	31,4	18,0
DK	16,8	4,9	4,3	15,2	5,8
DE	39,1	10,2	7,8	12,6	11,5
EE	45,4	11,5	11,0	21,3	12,3
IE	41,1	11,8	10,0	29,4	9,4
EL	37,1	16,9	22,6	29,2	26,4
ES	40,8	15,7	22,4	40,9	25,4
FR	29,4	6,6	10,5	18,2	28,9
IT	34,2	13,9	23,3	41,7	27,3
CY	39,5	8,3	9,4	17,2	7,0
LV	37,4	9,5	14,3	46,8	14,0
LT	49,3	12,9	12,3	38,0	19,6
LU	55,7	1,0	13,4	28,9	19,7
HU	30,7	12,5	14,2	29,4	11,2
NL	36,1	7,6	5,5	20,6	10,3
AT	33,4	10,0	11,0	18,4	7,5
PL	37,9	15,1	19,7	36,5	22,8
PT	38,3	11,7	17,4	47,0	20,8
SI	35,5	9,3	7,7	16,0	8,4
SK	29,1	5,8	12,9	27,6	19,2
FI	21,6	6,3	5,2	13,3	20,7
SE	25,4	6,1	5,6	13,7	17,6
UK	45,4	11,0	12,9	31,1	12,7
Ukupno	37,3	11,2	14,1	24,4	20,1

Izvor: EU-SILC 2007

Siromaštvo dece u velikoj meri zavisi od *uticaja socijalnih transfera* koji su usmereni na pokrivanje naraslih troškova u porodici. Zemlje Evropske unije troše oko 2% BDP za dečje beneficije ili 8% svih socijalno-zaštitnih transfera (uključujući

i penzije). Nordijske i neke kontinentalne države troše 3% BDP (Švedska, Austrija, Nemačka, Mađarska) i više (Danska – 3,7%, Luksemburg – 3,2%) za beneficije siromašnoj deci. U nekim zemljama na jugu i novim članicama izdvajanja za programe pomoći deci su mnogo manja i kreću se oko 1%.

Stopa rizika od siromaštva pre i posle socijalnih transfera (bez penzija) i transfera deci (% , 2007)

Država	Rizik siromaštva pre transfera (bez penzija)	Rizik siromaštva posle transfera deci	Stopa rizika od siromaštva	Uticaj svih transfera	Uticaj transfera za decu
BE	31	23	17	14	8
CZ	31	21	16	14	10
DK	24	19	10	14	5
DE	30	19	14	16	11
EE	28	20	18	10	8
IE	39	26	19	20	13
EL	27	25	23	3	2
ES	29	28	24	4	0
FR	36	21	16	20	14
IT	32	28	25	7	4
CY	20	15	12	8	5
LV	30	23	20	9	7
LT	29	25	22	7	4
LU	33	22	20	13	12
HU	44	26	19	26	18
NL	25	15	14	11	10
AT	36	20	15	21	16
PL	34	28	24	10	7
PT	27	24	21	6	3
SI	27	17	11	15	9
SK	27	20	17	10	7
FI	31	17	11	20	15
SE	33	23	12	22	10
UK	40	28	23	18	12
EU25*	33	24	19	14	9

*bez Malte, EU-SILC 2007; Navedeno prema: Tarki-Applica, 2010: 73.

Efekti socijalnih transfera na smanjenje siromaštva dece u EU su značajni (42%). Bez socijalnih transfera (bez penzija) stopa rizika od siromaštva dece bila bi 30%, sa značajnim razlikama među državama. Države Evropske unije koje najviše troše na socijalne izdatke imaju i najnižu stopu siromaštva dece. U skladu sa tim, najviši nivo socijalne zaštite mogu da priušte najbogatije zemlje. Postoje

varijacije među zemljama, pa tako nešto manji uticaj ovih transfera, u odnosu na prosek, imaju Belgija, Češka, Malta, Holandija, Poljska, Portugalija i Slovačka, dok je kod Danske, Finske i Švedske taj uticaj čak 60%. U Bugarskoj, Grčkoj i Španiji uticaj socijalnih transfera na smanjenje stope siromaštva dece je od 20%. (EU-SILC, 2007). Kakav će uticaj socijalnih izdataka biti na smanjenje siromaštva dece zavisi od uslova i situacije na tržištu rada, visine prihoda zaposlenih i od targetiranosti porodičnih beneficija na siromašnu decu. Veoma je čest slučaj da zemlje sa najtežim početnim uslovima imaju najveći uticaj socijalnih transfera, a primer tome su Velika Britanija i Mađarska, koje imaju kombinaciju visokog nivoa nezaposlenosti i siromaštva u radu, a najveći uticaj socijalnih transfera na smanjenje siromaštva dece.

4.2. Materijalni i drugi aspekti siromaštva dece

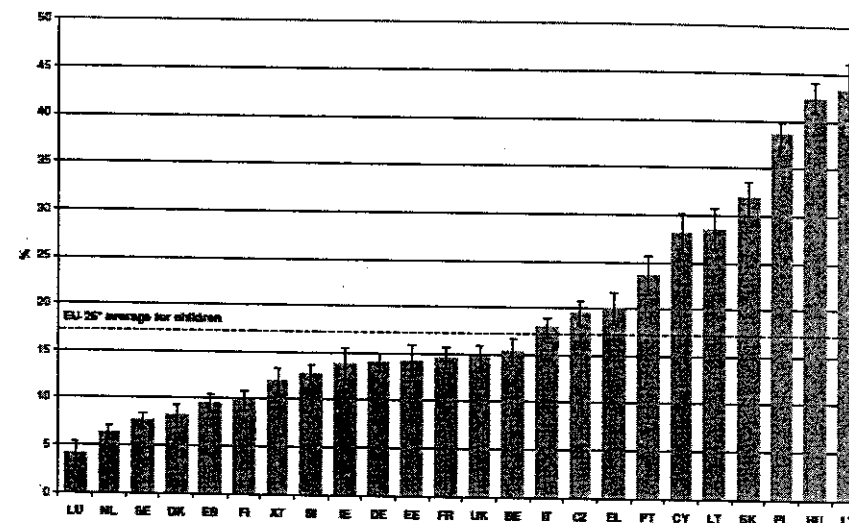
Značajnu stavku siromaštva i socijalne isključenosti dece čini lišenost (deprivacija) osnovnih materijalnih sredstava⁷² i usluga koje se smatraju neophodnim za pristojan standard u društvu u kome žive. Korišćenje indikatora materijalne deprivacije (EU-SILC) upotpunjuje se sagledavanje stanja na više polja. U 2007. godini stopa materijalnog siromaštva dece u EU je ista kao i stopa rizika merena na osnovu prihoda (20%). Među zemljama članicama postoje velike razlike: od 4–10% (Luksemburg, Holandija, Španija i tri nordijske zemlje) do 39–43% (Mađarska, Litvanija, Poljska) i 57% u Rumuniji, odnosno 72% u Bugarskoj. U ostalim zemljama stopa materijalnog siromaštva kreće se „samo“ od 10% do 33%.

Mladi koji prerano napuste školu i koji imaju niže srednje obrazovanje (trogodišnje ili manje), u nepovoljnijem su položaju na tržištu rada od onih sa višim nivoom obrazovanja. Njihov lični i socijalni razvoj je u opasnosti da bude prekinut i zbog takvih okolnosti oni su izloženi riziku od siromaštva i socijalne isključenosti od onih koji nastavljaju svoje školovanje i time stižu viši stepen obrazovanja. U Evropskoj uniji, 2006. godine, 15,3% mladih ljudi, uzrasta između 18 i 24 godina je prekinulo obrazovanje. Najnižu stopu rano prekinutog obrazovanja imaju Slovenija, Poljska, Češka i Slovačka (5%), a najvišu, i to od 20%, imaju južne zemlje (Italija, Španija, Portugalija, Malta). Faktori koji utiču na rano napuštanje obrazovanja su različiti i najčešće se navode lične, individualne karakteristike, zatim karakteristike porodice, užeg i šireg okruženja. Napuštanje škole se neposredno dovodi u vezu i sa socio-ekonomskim poreklom, etničkom pripadnošću, motivacijama, uticajem vršnjaka, uspehom u proteklom školovanju i drugim faktorima.

Brojna istraživanja (OECD, PISA) ukazuju na uticaj socijalnog statusa na uspešnost učenika u školi. Postoji jaka i pozitivna korelacija između obrazovanih

postignuća roditelja i efikasnosti 15-godišnjih učenika u matematici, čitanju i naučnoj pismenosti. Učenici čije su majke završile samo osnovnu školu ili niže srednje obrazovanje, imaju skorove čak za 20 poena niže od onih čije su majke završile srednju školu. Obrazovanje oca je takođe značajan faktor u mnogim zemljama EU, a koliki će uticaj obrazovanog nivoa roditelja biti, u određenoj meri zavisi i od samog obrazovanog sistema jedne zemlje.

Primarni indikatori materijalne deprivacije dece (0–17) EU 25 (2007)



Izvor: EU-SILC, 2007

Pored obrazovanog nivoa roditelja, na postignuća dece u školi, utiče i porodična struktura. Deca samohranih roditelja u odnosu na decu iz drugih porodica, imaju niže postignuća u školi u Belgiji, Danskoj, Holandiji, Irskoj i Švedskoj. U većini drugih zemalja članica Unije, uspešnost ove dece na nižim nivoima obrazovanja, ne razlikuje se značajno od dece koja rastu u drugim porodicama. Pored obrazovanog nivoa roditelja i porodične strukture, treći faktor koji ima uticaja na uspešnost dece u školi je profesionalni status roditelja. Istraživanja pokazuju da deca iz migrantskih porodica u proseku postižu niže rezultate od dece iz nemigrantskih porodica. Najveće razlike su u Belgiji i Nemačkoj, a nešto niže, ali ipak prisutne i u Francuskoj, Danskoj, Holandiji, Švedskoj i Austriji.

Među grupama najugroženije dece posebno se ističu deca stranog porekla, odnosno deca čiji su roditelji migranti. Deca koja žive u migrantskom domaćinstvu (domaćinstvo u kojem je najmanje jedan roditelj poreklom iz inostranstva), suočavaju se sa znatno većim rizikom od siromaštva od dece čiji su roditelji rođeni

⁷² EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions) indikatori

u zemlji u kojoj i žive. U većini zemalja, rizik od siromaštva sa kojim se suočavaju ova deca dostiže 30% i 2–5 puta je veći od rizika sa kojim se suočavaju deca čiji su roditelji rođeni u zemlji boravka. U većini zemalja članica siromašna deca čiji su roditelji rođeni van Evropske unije, žive u većim domaćinstvima nego ona čiji su roditelji rođeni u EU. U Belgiji, Danskoj, Nemačkoj, Španiji, Luksemburgu i Austriji, procenat dece koja žive u velikim porodicama bio je viši od 20 procentnih poena nego kod dece sa roditeljima rođenim u EU. U navedenim zemljama, više od polovine dece migranata živi u velikoj porodici, i to više od 65% u Danskoj, Nemačkoj, Luksemburgu i Holandiji, dok je u Irskoj i Francuskoj taj procenat oko 40%. Nasuprot tome, za siromašnu decu čiji su roditelji rođeni u zemlji boravka, taj procenat je preko 40% u samo dve zemlje (Irskoj i Kipru).

Stopa rizika siromaštva dece (0–17) prema migrantskom statusu roditelja (2007)

Država	Rođeni u drugoj zemlji EU	Rođen van EU	Ostalo
BE	30,5	47,8	12,3
CZ	80,8	50,0	15,5
DK	3,1	40,1	7,3
DE		34,7	12,6
EE		23,3	17,4
IE	34,1	11,8	18,2
EL		42,8	21,3
ES	36,4	49,9	21,7
FR	17,9	44,6	12,1
IT	49,8	41,2	23,8
CY	10,9	38,0	10,6
LV		20,9	20,0
LT		11,0	22,1
LU	25,3	72,8	11,5
HU		19,6	18,7
NL	57,6	47,3	12,2
AT	15,0	35,5	10,8
PL			24,1
PT		2,8	20,6
SI		19,1	10,4
SK			17,2
FI	12,9	60,4	9,8
SE	11,0	39,0	8,0
UK		43,9	20,2
Ukupno	29,4	42,1	17,2

Izvor: EU-SILC (2007). Navedeno prema: Tarki-Applica-Annex, 2010:20

U Italiji i Velikoj Britaniji, i u izvesnoj meri u Grčkoj, okolnosti domaćinstava slične su za decu čiji su roditelji rođeni izvan EU, kao i za one čiji su roditelji rođeni u nekoj od zemalja članica. U 15 od 17 država Evropske unije (u kojima je broj migrantskih domaćinstava dovoljno veliki da bi podaci imali smisla), procenat dece koja žive u domaćinstvima bez zaposlenih članova, bio je veći za decu migranata. Osim toga, u ovim zemljama (izuzev Estonije), intenzitet rada domaćinstava manji je nego kod nemigrantskih domaćinstava. Relativno nizak nivo zaposlenosti među ljudima rođenim van EU u poređenju sa onima koji su rođeni u nekoj od zemalja članica, u osnovi, predstavlja značajan faktor relativno visokog rizika od siromaštva među decom.

Prve analize vezane za međugeneracijsko reprodukciju siromaštva (2005, 2007) ukazuju na korelaciju između obrazovanih postignuća roditelja i dece, tako da nejednake mogućnosti ostaju ozbiljan problem i da se ljudi iz socijalno ugroženih porodica suočavaju sa velikim preprekama u postizanju boljeg standarda za sebe i svoju decu. Poreklo iz nisko-obrazovane porodice predstavlja glavnu prepreku za napredovanje u obrazovanju i dostizanje najvišeg nivoa.

U zemljama kao što su Nemačka, Finska i Velika Britanija, deca čiji roditelji imaju visoko obrazovanje imaju dvostruko više šansi da postignu isti nivo obrazovanja od onih čiji roditelji imaju osnovno ili srednje obrazovanje, a čak do devet puta više šansi u Mađarskoj, Poljskoj i Češkoj. Uticaj je različit kod sinova i kćeri, tako da obrazovanje oca više utiče na obrazovani nivo ćerki nego sinova (Tarki-Applica-Annex, 2010), u smislu većih šansi da će i one imati niže obrazovanje. Takođe, deca kvalifikovanih i nekvalifikovanih radnika imaju tri puta manje šansi da postanu menadžeri, profesionalci ili tehničari nego što je to slučaj sa decom čiji su roditelji u tom poslu, a oko dva puta više šansi da se zaposle kao nisko-kvalifikovani radnici. Međutim, treba imati u vidu da se skale tih šansi razlikuju širom zemalja EU i da je, kada je u pitanju međugeneracijsko reprodukciju siromaštva, takođe neujednačena i šarenolika slika na nivou Evropske unije.

4.3. Suzbijanje siromaštva

Komitet za socijalnu zaštitu (Social Protection Committee, SPC) je 2006. godine formirao Radnu grupu za siromaštvo i blagostanje dece, koja je uradila izveštaj⁷³. Zemlje članice EU su u januaru 2008. godine prihvatile izveštaj koji sadrži rezultate *benchmarking* politike merene na osnovu tri determinante: isključenosti sa tržišta rada, siromaštva u radu i uticaja državnih transfera. Nacionalne politike

⁷³ Child Poverty and Well-Being in the EU – Current status and way forward.

