

България

1. СИТУАЦИЯ И КЛЮЧОВИ ТЕНДЕНЦИИ

Ръстът на БВП е достигнал 6,3 % през 2006 г. и 6,2 % през 2007 г. Той ще се свие вследствие на глобалната финансова криза. Инфлацията за 2007 г. е висока — 7,6 %, и се очаква да нарасне още през 2008 г. Равнището на заетостта (за хората от 15 до 64 г.) се е увеличило от 58,6 % (2006 г.) на 61,7 % (2007 г.), но остава сред десетте най-ниски стойности в ЕС27. Заетостта сред жените и мъжете е нараснала съответно от 54,6 % и 62,8 % (2006 г.) на 57,6 % и 66 % (2007 г.). Равнището на безработицата е спаднало от 9 % през 2006 г. до рекордно ниско равнище от 6,9 % през 2007 г., като безработицата сред жените е намаляла от 9,3 % на 7,3 %, а тази сред мъжете — от 8,6 % на 6,5 %. Тя ще се увеличи отново през 2009 г. като последица от спада в производството. Дългосрочната безработица е 4,1 % през 2007 г. (5 % през 2006 г.), но остава сред петте най-високи стойности в ЕС. На фона на високите икономически резултати, процентът за риск от бедност след социалните плащания (общ) е 14 % през 2006 г. в сравнение с 15 % през 2004 г. Жените са изложени на по-голям риск от бедност (16 %) в сравнение с мъжете (12 %). Прагът на бедността в България през 2006 г. (на годишна база) е 1 999 BGN (1 022 EUR). През периода 2006—2007 г. прирастът на населението остава отрицателен, допринасяйки с това за една от най-неблагоприятните демографски ситуации в ЕС. В условията на икономически растеж делът от БВП на всички разходи за социална закрила спада от 16 % (2005 г.) на 15 % (2006 г.). За периода 2005—2006 г. социалната пенсия за старост съставлява 47,6 % от всички социални разходи, докато социалните разходи при заболяване и за здравеопазване са спаднали от 29 % на 26 %. През същия период социалните вноски на работодателите като дял от всички приходи на социалната закрила са спаднали значително от 42,4 % (2005 г.) до 38,3 % (2006 г.), което се компенсира с увеличение от 18,3 % (2005 г.) на 19,7 % (2006 г.) на социалните вноски, плащани от осигуряваните лица, и с увеличение от 36,1 % (2005 г.) на 39,5 % (2006 г.) в дела на покриваните от правителството вноски за социална закрила.

2. КОМПЛЕКСЕН СТРАТЕГИЧЕСКИ ПОДХОД

Докладът очертава ясна стратегия и изтъква положителната роля на Отворения метод на координация (ОМК) при разработването на политиката, както и мобилизиращия ефект от поставянето на количествени цели. В него се дава балансирана и критична оценка на постиженията. Новият комплексен подход насочва мерките и ресурсите към ясно определени целеви групи: роми, хора с увреждания, деца, възрастни хора, семейства с един родител, неактивни лица, хора с ниска степен на образование и най-отдалечените от пазара на труда. Дългосрочните приоритети в областта на социалното приобщаване са: а) равноправно участие на рисковите групи на пазара на труда; б) равен достъп до услуги с цел превенция на социалното изключване; в) социално приобщаване на най-уязвимите етнически групи; г) намаляване на бедността сред хората извън трудоспособна възраст. В областта на пенсиите приоритетът е да се повиши жизненото равнище на пенсионерите. Подобряване на достъпа, качеството и ефикасността на услугите, както и усилия за деинституционализация на дългосрочната грижа и подкрепа на семействата, грижещи се за зависими членове, са основните приоритети на здравеопазването и дългосрочната грижа. Съфинансираните от ЕСФ мерки са приведени като пример на координация на стратегията за социална закрила и

приобщаване със структурните фондове. Целите на доклада не са свързани обаче с изпълнението на оперативната програма, която предлага значителни ресурси за социално приобщаване.

3. СОЦИАЛНО ПРИОБЩАВАНЕ

3.1. Ключови тенденции

16 % от жените (17 % през 2004 г.) живеят с разполагаем доход под прага на риска от бедност. За жените на 65+ г. процентът на изправените пред риск от бедност е бил 24 % (2006 г.) в сравнение с 9 % за мъжете на 65+ г. през същата година. Друга група, която в голяма степен е изложена на риск от бедност, са децата на възраст 0-17 г., чийто дял от 16 % е много по-висок от средния процент за цялото население. Докладът изтъква, че без социални трансфери делът на изправените пред риск от бедност би бил 40,5 %. Вследствие на напредъка на пазара на труда бедността сред работещите възлиза на 6 % спрямо 8 % за ЕС. Процентът на хората в безработни семейства (общо) бележи малък спад — от 11,6 % (2006 г.) на 10,2 % (2007 г.), но все още е над средните стойности за ЕС, особено при децата. При 12,8 % от децата, живеещи в безработни семейства през 2007 г. (9,4 % за ЕС), България е в групата страни, в които детската бедност е над средната за ЕС и децата са изложени на значително по-висок риск от живот в бедност, отколкото населението като цяло. През 2007 г. половината от децата на възраст 0-17 години и живеещи в безработни семейства са живеели в типично домакинство — „двама родители и деца“. Процентът на напусналите преждевременно училище (общо) е спаднал от 18 % през 2006 г. на 16,6 % през 2007 г., спрямо 14,8 % за ЕС (2007 г.). Въпреки това по-добрите икономически възможности не са довели до значително намаляване на бедността и до по-добра интеграция за всички в училищата.

3.2. Напредък по приоритетите, поставени в Националния доклад по стратегиите за периода 2006—2008 г. (NAPIncls), и по предизвикателствата, посочени в Съвместния доклад за 2007 г.

През 2006 г. правителството е поставило дванайсет количествено измерими цели за 2008 г., образуващи комплексен подход:

Заетост: целите са постигнати, като равнището на заетост е надхвърлило целта с 1,1 процентни пункта, докато безработицата е паднала до 6,9 % през 2007 г. при цел от 9 % за 2008 г. Социално приобщаване и образование: целта е била да се намали наполовина броят на децата на възраст за задължително училищно образование, преждевременно отпаднали от системата, от 20 % през 2006 г., но резултатите през 2007 г. отбелязват нарастване. Не е възможно обаче да се направи пълна оценка на напредъка, постигнат при увеличаване броя на лицата от уязвимите групи в професионалното обучение, който е трябвало да се увеличи с 20 %, въпреки многобройните инициативи, предприети в тази област. Макар в доклада да се заявява, че въз основа на административни данни много други цели са постигнати, липсата на статистически валидирани, обобщени на национално равнище данни не позволява напредъкът да бъде обективно оценен по отношение на: а) увеличаване с 15 % на броя на децата със специални образователни потребности в общообразователните и професионалните училища; б) увеличаване с 20 % на броя на лицата, получаващи социални и здравни услуги в общността; в) увеличаване с 10 % на броя на ромските ученици, изведени от

сегрегирани училища; г) намаляване с 10 % на броя на лицата в специализирани институции.

Комплексна цел: Изглежда се върви към постигане на целта за увеличение с поне 15 % на общия доход на домакинствата, тъй като правителството съобщава за ръст от 10,6 % в дохода на домакинствата през 2007 г. в сравнение с 2001 г. По отношение на втората комплексна цел за 2006 г. правителството съобщава за ръст от 9,9 % в реалното нарастване на доходите от пенсии през последните две години при цел от 5 % годишно. Минималната заплата през 2008 нараства до 220 BGN (112 EUR). Освен това през периода 2006—2008 г. правителството е продължило своята политика за намаляване на процента на вноските за социално осигуряване (включително за пенсионни осигуровки) и е въвело плосък данък общ доход от 10 %.

Вероятно тези мерки няма да окажат въздействие върху домакинствата с ниски доходи и за намаляване на бедността. Тъй като мерките са били въведени неотдавна, бъдещата оценка на тяхното въздействие ще покаже дали ще имат принос за намаляване на бедността. Децата и жените, както и хората над 65 г., остават силно застрашени от бедност дори при икономически условия, които като цяло генерират повече и по-добри възможности.

Що се отнася до предизвикателството от 2007 г. да се подобри качеството на грижата в институциите, напредък е постигнат и са приети нови стратегически документи (Национална стратегия за детето). За да се постигне по-голям напредък в тази област обаче трябва да се работи за преодоляване на разпокъсването на компетенциите¹ между контролните задачи на централните органи и управленските отговорности на местните власти по отношение институциите за хора с увреждания, слабото взаимодействие между системата на здравеопазването и тази за социално приобщаване и закрила и образователната система, както и разпространението на дейности на проектни начала със слаба политическа и институционална координация.

3.3. Ключови предизвикателства и приоритети

Новата стратегия има четири цели:

- ограничаване на предаването на бедността и социалното изключване между поколенията с акцент върху детската бедност (цел А);
- активно приобщаване на най-отдалечените от пазара на труда (цел Б);
- равни възможности за най-уязвимите групи (цел В);
- по-добро управление на политиката по социално приобщаване (цел Г).

Новите цели поставят по-силен акцент върху намаляването на бедността и върху отделни уязвими групи, като тяхната формулировка отговаря на основните предизвикателства. Въпреки че въпросът за повишаване на качеството на предоставяните институционални грижи и грижите в общността, посочен като

¹ Законът за социално подпомагане и правилникът за прилагането му подчиняват изпълнението на препоръките за осигуряване на качеството на централните контролни органи (Агенцията за социално подпомагане и Държавната агенция за закрила на детето) за затваряне на институции и социални служби на решение на общинския собственик на специализираната институция.

предизвикателство в Съвместния доклад за 2007 г., е включен в политически цели А и Б, ще бъде целесъобразно за него да се създаде отделна политическа цел в светлината на неблагоприятните развития и слабостите през 2007 г. по отношение на институционалните грижи за деца с увреждания. В доклада са добавени много нови мерки, без обаче да се очертават приоритетите, да се прави критична оценка на институционалната им изпълнимост и трудностите при тяхното изпълнение. Държавният бюджет и съфинансираната от ЕСФ оперативна програма ще бъдат основните източници на финансиране, но липсва разпределение на средствата по цел/група мерки, което да покаже тяхната финансова значимост и уместност.

3.4. Политически мерки

За всяка от посочените по-горе цели са планирани мерки за периода 2008—2010 г.:

Цел А:

Тази цел ще бъде преследвана в съответствие с Националната стратегия за детето 2008—2018 г. и включва 6 основни направления: 1) създаване на подходяща семейна среда, включително приемна грижа; 2) достъп до качествена предучилищна подготовка; 3) достъп до качествено здравеопазване; 4) деинституционализация; 5) защита на децата от злоупотреба и насилие; 6) подобряване на институционалния капацитет за закрила на детето.

Предприети са конкретни мерки и са планирани нови в рамките на общия ангажимент на правителството за деинституционализация и за подобряване на качеството на социалните услуги за деца с увреждания в институциите и в общността. Въпреки че законодателството разрешава настаняването на деца с вродени увреждания в институция веднага след раждането им, Семейният кодекс е изменен, за да се улесни тяхното осиновяване.

Цел Б:

Тази цел е насочена към млади хора в уязвимо положение, лица на социално подпомагане в трудоспособна възраст, лица с ниско или неактуално образование и квалификация, неграмотни лица и неактивни и обезкуражени лица. Мерките за включване в пазара на труда са част от Националния план за действие по заетостта и включват субсидии за разходите за труд на работодателите, програми за публична заетост, програми за образование и професионално обучение и курсове за ограмотяване.

Правителството разбира, че някои социални групи са изключени от подобрените икономически възможности. При определянето на някои показатели обаче (брой на лицата на социално подпомагане) не си отчита тяхното потенциално неблагоприятно въздействие върху домакинствата с ниски доходи по отношение на намаляване на бедността. В период на икономическа стагнация и нарастваща безработица увеличаването на изискванията за достъп до едно вече ниско равнище на минимален гарантиран доход (под линията на бедността) ще работи против политическата цел за социално приобщаване.

Цел В:

Някои от мерките са част от Националния план за действие „Десетилетие на ромското включване“. Допълнително внимание ще бъде отделено на ефективното прилагане на антидискриминационното законодателство, развитието на интегрирани услуги и ускоряването на десеграцията в образованието и в други области. Националната стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008-2015 г. ще бъде изпълнена чрез контрол на достъпната среда, насърчаване на социалното предприемачество сред хората с увреждания, увеличение на средствата за социалните услуги за хората с увреждания, по-добро отразяване на проблемите на хората с увреждания в медиите, създаване на защитени работни места и други мерки. В доклада се говори също за въвеждане на отпуск за бащинство и подготвяне на методика за откриване на разлики в заплащането на труда на жените и мъжете и за други мерки.

Цел Г:

Основната дейност тук е разработването на дългосрочна стратегия за социално приобщаване с акцент върху бедността. Тя ще се занимае с дългосрочните предизвикателства, докато тригодишната Национална програма за действие (НПД) за социално включване по отворения метод за координация (ОМК) е насочена към справяне с възникващите краткосрочни и средносрочни предизвикателства. Има планове за нов консултативен орган на високо равнище по въпросите на социалното приобщаване, състоящ се главно от служители на ръководни постове в държавната администрация. Организацията на гражданското общество ще участва в друг консултативен орган заедно с представители на централните, регионалните и местните власти.

Докладът прави важни крачки напред в областта на управлението на социалното приобщаване. Широкият обхват на целите и позоваването на съществуващи, но все още неподложени на оценка стратегии подчертава необходимостта от по-добри връзки между общите политически формулировки и разработването на конкретни инструменти за прилагането им. Използването на количествен анализ, особено в области като приобщаване на ромите и политика за хората с увреждания, може да бъде от голяма полза за създаване на мотивирана с доказателства политика.

Правителството е поставило следните цели за 2010 г. (базова година: 2007 г.), които са взаимосвързани по различните сектори и могат да се представят както следва:

Риск от бедност: не повече от 15 %; намаление на риска от бедност при децата: 15 %; намаление с 10 процентни пункта на риска от бедност при домакинствата с три деца; нарастване с 20 % на средния общ доход на домакинствата.

15 % рано отпадащи от училище; 100 % нетен коефициент на записване в началното и предучилищното образование; двойно увеличение на броя на децата със специални образователни потребности в общообразователни и професионални училища; 30 % увеличение на броя на ромските ученици, изведени от сегрегирани училища.

15 % намаление на броя на децата, ползващи социални услуги в специализирани институции; двойно увеличение на броя на децата в риск, настанени в приемни семейства; 50 % увеличение на броя на предлаганите социални услуги в общността;

66,5 % равнище на заетост за възрастова група 15-64 г., 60 % за жените, 27 % за хората на възраст 15-24 г.; 12 % равнище на младежка безработица; 3,5 % равнище на продължителна безработица; намаление с 2 процентни пункта на дела на хората с

увреждания от общия брой на безработните; не повече от 10,5 % деца, живеещи в домакинства на безработни; дял на хората, живеещи в семейства на безработни: 8 %; с 20 % по-малко лица, зависими от социално подпомагане; дял на социалните разходи от БВП: 17 %.

3.5. Управление

Подготовката на настоящата стратегия бележи значително подобрене на консултационния процес. Правителството е иницирирало консултация в интернет по проекта за стратегия, предоставяйки възможност на обществеността да реагира. Стратегията за 2008—2010 г. включва анализ на управлението на политиката по социално приобщаване и набелязва план за действие, включващ укрепване на професионалния капацитет на хората, участващи във формирането и прилагането на политиките за социално приобщаване на централно и местно равнище, създаването на национален консултативен орган по въпросите на социалното приобщаване и подобряване на системата от индикатори за мониторинг на напредъка. Има все пак още потенциал за подобен анализ на останалите направления и за по-добра координация на политиката. Стратегията също така споменава изоставянето на деца и насилието срещу деца, но не са набелязани конкретни мерки за подобряване на взаимодействието между болничните заведения и социалните служби в помощ на родителите на деца с увреждания. Окуражителен е фактът, че правителството е формулирало количествени цели, но е необходима по-добра координация между различните национални политически стратегии. Стратегията за учене през целия живот, приета през октомври 2008 г., поставя като цел процентът на рано отпадащите от училище през 2013 г. да бъде сведен на 12 %, докато ЕСФ има за цел да намали техния дял до 13 % през същата година.

4. ПЕНСИИ

Пенсионната система включва задължително държавно осигуряване — задължително финансирана схема с определени вноски, при която вноските се събират и капитализират в индивидуални сметки, и доброволно пенсионно осигуряване. Пенсионните вноски се изчисляват на базата на „осигурителен доход“, който се определя от извършваните основни икономически дейности. Докато минималната заплата за 2008 г. е била 220 BGN (112 EUR), минималният осигурителен доход е бил 240 BGN (122 EUR). Таванът на осигурителния доход е бил 1 400 BGN (716 EUR) през 2006/07 г. и 2 000 BGN (1 022 EUR) през 2008 г. В някои случаи работодателите изплащат вноски за социално осигуряване върху минималния осигурителен доход, а не върху реалните заплати.

През 2006 г. общата пенсионна вноска е била намалена с 3 %, а през 2007 г. — с 6 %, което е довело до 6-процентно намаление на пенсионната вноска за задължителното пенсионно осигуряване (ЗПО), последвано от допълнително намаление от 2 % през 2007 г. Като резултат в края на 2007 г. пенсионната вноска за задължително осигуряване е възлизала на 22 % (32 % през 2000 г.). Докато през 2005 г. съотношението между вноските на работодателя и работника е било 70:30, то е изменено на 60:40 през 2008, отразявайки изместването на осигурителната тежест. Понастоящем пенсионната възраст е 63 години за мъжете и 59,5 години за жените, като последната трябва да се увеличи на 60 години през 2009 г.

4.1. Ключови тенденции

През 2007 г. около 2,23 милиона души (29 % от общото население) са се осигурявали по държавната пенсионна система, 2,8 милиона души (37 % от общото население) са се осигурявали по схемата за допълнително задължително осигуряване и 592 805 (7,7 % от общото население) — по професионални схеми. Схемата за допълнително пенсионно осигуряване включва два вида пенсионни фондове: универсални и професионални. Първите ще започнат да изплащат пенсии през 2020 г., а вторите през 2011 г. През 2008 г. вноската за допълнителното осигуряване беше увеличена от 4 % на 5 % (3 % през 2006 г.), като тя се поделва между работодателя (60 %) и работника (40 %). Самонаетите лица плащат 100 % от нея.

Основната държавна пенсия се нарича „пенсия за осигурителен стаж и възраст“. Към края на 2007 г. средната месечна пенсия е била 177 BGN (91 EUR), а минималната — 102,85 BGN (52,5 EUR). Приблизително 30 % от пенсионерите получават пенсии под 120 BGN, докато 54,5 % получават 160 BGN, което отразява значителните разлики в системата за държавно пенсионно осигуряване, дължащи се на разликите между продължителността на трудовия стаж и миналия осигурителен доход като база за пенсионните вноски.

Характерна черта на схемата за държавно пенсионно осигуряване е неравенството между различните възрастови групи: хората на възраст 80+ години (14 % от общия брой) са получавали средно лични пенсии от 139 BGN (в края 2007 г.), хората на 70-79 години са получавали с 15 % повече, а хората на 60-69 години — с 24 % повече. Това свързано с възрастта неравенство се дължи на методиката за определяне на размерите на пенсиите, въведена след влизането в сила на разпоредбите за социално осигуряване през 2000 г., и на факта, че по-възрастните пенсионери са били осигурявани на базата на по-нисък доход в сравнение с пенсиониралите се след 2000 г.

Държавните разходи за пенсии през 2007 г. са се увеличили с 11 % в сравнение с 2006 г. Като дял от БВП държавните пенсии са възлизали на 8,27 % през 2007 г. (национални данни), като този процент се очаква да спадне до 7,11 % през 2027 г., но отново да нарасне до 14,6 % през 2050 г. Сред ключовите тенденции за периода 2007—2008 г. са и намалението на корпоративния подоходен данък от 15 % на 10 % и въвеждането на плоска ставка за данък общ доход от 10 % от 1 януари 2008 г.

4.2. Ключови предизвикателства и приоритети

Дългосрочната финансова стабилност е ключово предизвикателство, тъй като се очаква държавната пенсионна системата да бъде в дефицит през следващите 42 години. Поради това през 2008 г. е приет закон, с който се учредява демографски резервен фонд. Той ще натрупва резерви в течение на десет години от 90 % от всички приходи от приватизация и 25 % от евентуалния бюджетен излишък. Фондът може да се използва само за да поддържа баланса на държавната пенсионна система и неговата бъдеща инвестиционна политика трябва да бъде внимателно подбрана с оглед на настоящата финансова криза.

Адекватността на пенсиите продължава да бъде предизвикателство. Въпреки увеличенията на пенсиите обществото продължава да възприема пенсиите като прекалено ниски. Публичното доверие в пенсионната система може да се засили, ако се подобри адекватността на пенсиите, което на свой ред ще насърчи хората да се

въздържа от дейности в сивата икономика, която не прави социалноосигурителни вноски, и да се включат към фондовете за доброволно пенсионно осигуряване. За да се отговори на това предизвикателство, през 2007 г. беше въведена реформа, според която държавните пенсии, отпуснати до края на предшестващата година, се индексират на следващата година през месец юли, за да се осигури увеличение, равно на 50 % от увеличението в индекса на потребителските цени и 50 % от ръста на средния осигурителен доход (брутна заплата). За 2006 г. брутният коефициент на заместване на дохода е бил 60 % при значителна разлика между половете: 62 % за мъжете и 58 % за жените². Очакваната степен на теоретичния коефициент на заместване на дохода за държавната пенсионна система ще се намали значително вследствие на прехвърлянето на част от публичните пенсионни вноски към допълнителното пенсионно осигуряване (втори и трети стълб), където коефициентът на заместване на дохода постепенно ще нарасне. Общо взето се очаква ръст на нетния теоретичен коефициент на заместване на дохода с 15 процентни пункта между 2006 г. и 2046 г. Дългосрочното предизвикателство за задължителните пенсионни стълбове ще бъде как да се реши проблемът с бедността при по-възрастните хора и как да се осигурят достойни условия на живот за тези хора, чийто дял от общото население нараства. Коефициентът на зависимост на възрастните хора през 2010 г. ще достигне 25,3 и ще се увеличи до 36,3 през 2030 г. и до 43,6 през 2040 г.³

За да се подобри адекватността и финансовата устойчивост, са необходими повече постъпления от социалното осигуряване. Премахването на тавана на осигурителния доход може да осигури допълнителни средства от групите с по-високи доходи. Ограничаването на злоупотребите с плащане на вноски върху минималната работна заплата в частния сектор също ще увеличи постъпленията от социалните осигуровки. През 2006 г. например реалният годишен ръст на средната заплата е бил 2,11 %, докато ръстът на осигурителния доход е бил само 0,34 %. Ето защо политиката за намаляване на ставките за социално осигуряване трябва да бъде преразгледана предвид изкуствено занижените равнища на минималния осигурителен доход, на който се базират ставките. Друго ключово предизвикателство е включването в системата на социалното осигуряване на около 350 000 души, които не плащат вноски за социално осигуряване.

4.3. Повече хора на работа, които работят по-дълго време

Равнището на заетост за по-възрастните работници (55-64) е било 39,6 % през 2006 г. и се повишило на 42,6 % през 2007 г. (средни стойности за ЕС: 43,5 % и 44,7 %). Средната пенсионна възраст през 2006 г. е била 67,7 години. Въпреки това средната възраст на пенсионираните се през същата година (нови пенсионери) е била само 54,9 години. Това следва от преходните разпоредби, оставащи все още в сила при ранно пенсиониране съгласно кодекса за социално осигуряване от 2000 г. За да се насърчи по-дългият трудов живот, всяка допълнителна година трудов стаж след навършване на 37 години действителен осигурителен стаж за мъжете и 34 години за жените ще се брой за 3 % (преди това 1 %) в пенсионната формула. От 2009 г. всяка допълнителна година трудов стаж над пенсионна възраст ще се брой за 5 години действителен осигурителен стаж. Ръстът на равнището на дългосрочна безработица (65 % през 2005 г. и 68 % през 2007 г.) за хора на възраст 50+ г. е особено голямо предизвикателство при осигуряване на адекватност на пенсиите за тази група. Безработните над 50 г. се включват в

² Българско национално проучване на бюджета на домакинствата (2006 г.), данни за доходите за 2006 г.

³ Сценарий за конвергенция на Евростат (2008).

субсидирани програми за обучение и заетост, за да се повиши тяхната пригодност за заетост. ЕСФ ще подпомогне специална програма за активни мерки на пазара на труда, насочени към още 18 000 безработни на възраст над 50 г.

4.4. Частни схеми за пенсионно осигуряване

Частните схеми за пенсионно осигуряване се основават на доброволни вноски в частни пенсионни фондове. Правото на пенсиониране започва на същата пенсионна възраст, както при държавната пенсионна система. Процентите на вноските се определят в индивидуалните договори. Хората имат право да сменят фондовете срещу заплащане на такса и да получат еднократна сума или пенсия на определена възраст. Частните пенсионни фондове са под надзора на Националната комисия за финансов надзор (НКФН). Само 42 % от всички частно осигурени лица са жени и придобитите от тях права са по-малко от тези на мъжете. Според НКФН общата рентабилност на частните пенсионни фондове е спаднала през 2008 г. Подробен анализ на тяхната инвестиционна политика показва, че от 2006 г. до 2007 г. те са намалили своя дял в държавни облигации и банкови депозити, но са придобили по-рискови активи като корпоративни облигации, акции и дружествени дялове.

4.5. Гарантиран минимален доход за по-възрастните

Помощта за гарантиране на минимален доход за възрастните хора съществува под формата на „социална пенсия за старост“. Докато „личната пенсия за осигурителен стаж и възраст“ се определя всяка година в съответствие със закона за държавния бюджет за социална сигурност, „социалната пенсия за старост“ се определя от Министерския съвет. От 1 октомври 2007 г. тя е била 76,23 BGN (39 EUR) на месец или 42 % от минималната месечна заплата за 2007 г. (180 BGN). В края на 2007 г. 24,5 % от всички пенсионери получават различни видове минимални пенсии.

4.6. Информация и прозрачност

Всички вносители в пенсионните фондове получават индивидуален годишен отчет за придобитите от тях права по лична сметка с данни за финансовите печалби и остатъка; те могат също да поискат годишен финансов доклад на своя фонд и информация за инвестиционната политика на фонда. Те имат освен това право да подадат жалба до НКФН или да се обадят на нейния телефон за връзка с граждани. Въпреки тези законови изисквания е необходимо да се повиши осведомеността за значението на социалното осигуряване, по-специално сред по-младите поколения.

5. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И ДЪЛГОСРОЧНА ГРИЖА

5.1. Здравеопазване

Системата на здравеопазването набира средства от задължителни вноски в Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), централно финансиране от правителството, доброволно здравно осигуряване в частни здравноосигурителни фондове и допълнителни такси от пациентите. Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) получават заплащане според броя на пациентите съгласно колективен рамков договор с НЗОК. Заведенията за специализирана болнична помощ (публични и частни болници или колективни практики) получават заплащане от НЗОК за конкретни медицински

услуги (клинични пътеки) и от държавния бюджет за някои определени видове медицински услуги.

5.1.1. Здравен статус и описание на системата

Очакваната продължителност на живота за 2006 г. е била 72,7 години (76,3 за жените и 69,2 за мъжете) — спрямо поставената цел от ЕС тя изостава, а след 2004 г. бележи слабо нарастване. От 1986 г. до 2006 г. средната продължителност на живота се е увеличила само с една (1,2) година. Детската смъртност е била 9,2 през 2006 г. (11,6 през 2004 г.), но остава втората най-висока в ЕС. Водещите причини за смъртността са сърдечно-съдовите заболявания (65,8 %), ракът (15,9 %) и болестите на дихателната система (4 %). Според националните данни средната продължителност на живота без увреждания е била 52,5 години за мъжете и 66,8 години — за жените през 2002 г. В доклада се подчертава общата отрицателна тенденция относно здравето на учениците. Макар в доклада да не са представени комплексни статистически валидирани данни, правителството подчертава лошия здравен статус (по-малка очаквана продължителност на живота и заразни заболявания) на ромското население. Според доклада хората с медицински установена степен на увреждане са 260 000, от които само 13 % получават доход от трудова дейност. Хората с увреждания са изправени пред проблеми с инфраструктурата при достъпа си до лечебни заведения, както и пред ограничената възможност да представят експертни решения във връзка с уврежданията.

5.1.2. Достъп

Правителството е разработило Национална стратегия за здравеопазване в усилията си да осигури финансова устойчивост и ефикасност и ефективност на достъпни и висококачествени здравни услуги за периода 2008—2013 г. Здравното осигуряване покрива главно първичните и болничните здравни услуги. Около 5 128 лекари, предоставящи първични здравни услуги (общопрактикуващи лекари, ОПЛ) имат договор с Националната здравноосигурителна каса. Съществуват значителни териториални различия: 17,8 % от практиките за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) в по-слабо развитите райони са незаети. Болнична помощ предлагат 328 болници, от които 145 многопрофилни, 137 специализирани и 46 диспансера. 77 % от тези заведения са публични (държавна и общинска собственост). Достъпът на пациентите до специализирани медицински услуги се дава с направление от техния ОПЛ на базата на ограничен брой талони, предоставени от НЗОК, което ограничава достъпа до специализирана медицинска помощ. През 2007 г. броят на болничните легла се е увеличил с 1 608, от които 68 % са били в частни болници. През 2007 г. общата осигуреност с болнични легла на 10 000 души е била 59,5, но осигуреността с легла за долекуване и продължително лечение е била 8,16 на 10 000 души през същата година. В доклада се подчертават постоянните проблеми с достъпа до спешната медицинска помощ.

5.1.3. Качество

Качеството на здравните услуги е различно в отделните райони на страната и се нуждае от значителни подобрения в неградските зони. Освен съществуващата система за акредитация на лечебните заведения независимо от Министерството на здравеопазването ще бъде създадена система за медицински одити и мониторинг, извършвани от изпълнителна агенция, чиято задача е да разработи единни критерии за оценка на ефективността и ефикасността на медицинските услуги.

5.1.4. Устойчивост

Общите разходи за здравеопазване като дял от БВП са били 7,7 % през 2005 г. Общите публични разходи за здравеопазване са били 4,2 % от БВП през 2007 г. Разходите за здравеопазване на човек през 2006 г. са били 132 EUR (национални данни). Наскоро вноската за здравно осигуряване е увеличена от 6 % на 8 %. Допълнителните плащания за здравни услуги (официални и неофициални) са били от 20 % до 40 % от публичните разходи за здравеопазване през 2006 г. и играят все по-голяма роля в здравната система, която страда от недостатъчно финансиране. При тези условия значителна част от изплатените здравноосигурителни вноски се задържа като резерва извън финансирането на здравната система, за която се събират. Делът на финансираните от НЗОК общи разходи за здравеопазване се е повишил до 66 % през 2007 г., което говори за постепенно нарастване на финансирането на здравеопазването от здравноосигурителни вноски. Държавният бюджет финансира регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ), 12 психиатрични болници, 32 дома за дългосрочни грижи за деца, 28 центъра за спешна медицинска помощ, 63 центъра за хемодиализно лечение и 4 регионални центъра по трансфузионна хематология. Той финансира също ваксинациите, скъпоструващите медикаменти, профилактиката и промоцията на здравето на национално равнище, медицински грижи за здравно неосигурени бременни жени, както и капиталовите разходи за строителство и закупуване на апаратура за болниците държавна собственост.

Броят на хората без здравно осигуряване се оценява на 1 милион. Здравната система продължава да страда от недостатъчно финансиране с оглед на нуждите от капиталови разходи за строителство и обновяване на медицинската апаратура. Същевременно здравната система остава нереструктурирана с прекалено голям болничен капацитет. Липсата на механизми за ефективен мониторинг и контрол на разходите подчертава нуждата от напредък по прилагането на ефективна компютърна система както за амбулаторното лечение, така и за хоспитализацията, с цел да се увеличи прозрачността и отчетността на разходите за здравеопазване. Усъвършенстваното медицинско и непрекъснато професионално обучение на общопрактикуващите лекари ще допринесе за намаляване на ненужното насочване на пациентите към специализирани здравно-медицински услуги. По отношение на човешките ресурси съотношението е 36,5/10 000 души (медицина) и 8,4/10 000 души (дентална медицина) през 2007 г. Съществува недостиг на лекари в анестезиологията, спешната медицина, детските болести, нефрологията, гинекологията, рентгенологията и психиатрията. Само 1,7 % от общопрактикуващите лекари са със специалност „обща медицина“. Намалването на броя на медицинските сестри буди голяма загриженост, като съотношението лекари/медицински сестри е паднало до 1/1,2 през 2007 г., което представлява рекордно ниска стойност за ЕС.

Според доклада подобряването на финансовата устойчивост трябва да включва висока събираемост на здравноосигурителните вноски, по-висок размер на вноските, увеличаване на публичните средства за здравеопазване, методика за остойностяване на медицинските услуги, по-добро взаимодействие между НЗОК и общопрактикуващите лекари (национален рамков договор), ново задължително допълнително здравно осигуряване и данъчни облекчения, насърчаващи включването в доброволното здравно осигуряване. Въпреки че така предложените мерки трябва да подобрят общата устойчивост и достъпност на здравните услуги, липсват конкретни механизми за ограничаване на свързаното с дохода неравенство в достъпа до здравното осигуряване извън пакета услуги, предлаган от НЗОК.

В условията на спадаща рентабилност на застрахователния сектор, НЗОК трябва да остане солиден централен стълб на здравната система, а въвеждането на задължително допълнително здравно осигуряване трябва да бъде преосмислено.

5.2. Дългосрочна грижа

5.2.1. Описание на системата

Официалната дългосрочна грижа се предлага главно в специализирани институции, собственост на съответните министерства (в случая с услугите за деца на възраст от 0 до 3 години) или на общините (в случая с грижата за стари хора или за възрастни с увреждания) и в предлагани в общността социални услуги (дневни центрове, защитени жилища, центрове за социална рехабилитация). Тези заведения се финансират чрез целеви субсидии от държавния бюджет за общините и такси за услугите. Други видове институции включват заведения за физиотерапия и възстановяване от хронични заболявания. Частните заведения за дългосрочна грижа са малобройни. Услугите, предоставяни от „социални“ или „лични“ асистенти, са част от официално предлаганата грижа. Неофициалната грижа се полага в семействата за задоволяване на потребностите на възрастни хора и хора с увреждания. Няма проучвания, нито оценки за мащабите на неофициалната грижа.

5.2.2. Достъп

За периода 2006—2007 г. са създадени 30 нови защитени жилища. Към края на 2008 г. към вече съществуващите 21 заведения за възрастни хора ще се добавят 12 нови дневни центъра. Европейският социален фонд е крупен източник на средства за разширяването на услугите „социален“ и „личен“ асистент. Програмата за деинституционализация, която е разработена на национално равнище след успешни пилотни инициативи, включва увеличено предлагане на грижи в общността (дневни центрове, защитени жилища и центрове за социална рехабилитация), както и намаление с 9 % на броя на възрастните хора в институциите. Тези услуги подобряват също и общата достъпност, която е важна цел в стратегията за дългосрочната грижа.

5.2.3. Качество

Централни институции за контрол извършват оценки на качеството и издават препоръки на субектите, предоставящи дългосрочна грижа. Местните власти имат обаче пълна правна и финансова власт над притежаваните от тях заведения. Те са също работодатели на персонала, който работи в заведенията. Препоръките на контролните органи относно качеството на грижата, включително предложения за закриване на специализирани институции или социални услуги, не могат да бъдат изпълнени без решение на съответния общински съвет. В предишния съвместен доклад България беше изправена пред голямото предизвикателство да постигне общо подобрене на услугите в общността и на качеството на институционалната грижа. През 2007—2008 г. качеството на институционалната грижа за деца с увреждания беше проверено от правителството в светлината на сериозни слабости в контрола на качеството и надзора на институциите за децата, лишени от родителски грижи. Беше разработен план за действие, някои заведения за деца с увреждания бяха закрити, а други ще бъдат преустроени⁴. Създадена беше единна методика за определяне на минимално

⁴ <http://www.mlsp.government.bg/en/index.htm>

необходимата численост на персонала в институциите за дългосрочна грижа заедно с плановете за обучение. Правителството стартира също Трети национален мониторинг на специализираните институции за хора с увреждания, в резултат на който бяха разработени плановете за развитие на 29 институции.

Качеството на заведенията за дългосрочна грижа може да бъде повишено значително чрез по-добър контрол, по-висока квалификация на персонала и по-добро разделение на компетенциите между централните контролни органи и общините. Има голяма необходимост от по-добро управление и финансиране на децентрализацията на социалните услуги. Подобреното взаимодействие между системите за здравеопазване и за дългосрочна грижа, особено във връзка с предотвратяване на институционализацията, може да доведе до напредък в политиката на деинституционализация.

5.2.4. Дългосрочна устойчивост

През 2005 г. разходите за дългосрочна грижа са възлезали на 0,17 % от БВП — една от петте най-ниски стойности в ЕС. Разработени са мерки за въвеждане на общи стандарти за финансиране на социалните услуги, което е довело до увеличено предлагане на най-често използваните социални услуги като дневни центрове за възрастни хора, домове за дългосрочна грижа за възрастни, центрове за социална интеграция, защитени жилища и лични и социални асистенти. Няма обаче признаци за увеличение на частните инвестиции в този сектор. Държавният бюджет остава основният източник за финансиране на задачите, делегирани на общините, които последните съфинансират. Има също скромни такси, плащани от потребителите на базата на разполагаемите им средства. Частните социални услуги се заплащат от ползващите ги на договорна основа. Въпреки наличието на регионални стратегии за предоставяне на социални услуги, малките общини зависят от средствата от държавния бюджет за финансиране на социалните услуги. Много от социалните услуги (лични и социални асистенти) се предоставят от неквалифицирани лица и се използват, за да може член от семейството да получава заплата. Малката икономическа добавена стойност и социалното признание за тези услуги са фактори, ограничаващи тяхното развитие като реален сектор на икономиката.

6. БЪДЕЩИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

- Да се проследи какви са последиците за домакинствата с ниски доходи от условията за достъп до минимален доход, свързани със социалното приобщаване и училищната интеграция. За целта да се извършат проучвания на уязвимите общности, за да се проследи и да се направи критична оценка дали политиките отговарят на реалните потребности и да се коригират съответно програмите на ЕСФ.
- Да продължат мерките за увеличаване на постъпленията в системата на социалната сигурност, за да се подобри адекватността на пенсиите и устойчивостта на пенсионната система чрез премахване на злоупотребите при плащане на вноски върху минималната работна заплата, както и да се включат високите заплати в осигурителната база и да се насърчи по-дългият трудов живот.
- Да се усъвършенстват дългосрочните прогнози за всички сектори на социалната сигурност, включително здравното осигуряване, за да се определят последователни

ставки на вноските и да се избегнат противоречащи си изменения на ставките в отделните сектори, като по този начин се подобри прогнозирането на общата социалноосигурителна тежест и съгласуваността на мерките в различните направления на политиките (здраве, образование, социално приобщаване, пенсии и дългосрочна грижа).

- Да се оценят последиците от въвеждане на допълнително задължително здравно осигуряване в условията на неустойчиви финансови и осигурителни пазари и да се подобри достъпът за всички групи доходи до здравни услуги чрез реформи, насочени към по-добра ефективност при предоставянето и съгласуването на първичните и вторичните здравни услуги.
- Да се направи преглед и да се засили координацията между системите за здравеопазване и дългосрочна грижа и съответното законодателство с цел укрепване на мониторинга на качеството и да се осигури пълното изпълнение на препоръките на контролните органи от заведенията, предлагащи дългосрочна грижа. За целта да се използва по-добре ЕСФ за финансиране на подходящо постоянно обучение на персонала, работещ в дългосрочната грижа.

7. ТАБЛИЦА С ПЪРВИЧНИ И КОНТЕКСТУАЛНИ ИНДИКАТОРИ

1. Employment and growth														
Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**	Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)					Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)				
				15-64			15-24	55-64		15+			15-24	
				Total	Male	Female				Total	Male	Female		
2000	5,4	27,8	2000	50,4	54,7	46,3	19,7	20,8	2000	16,4	16,7	16,2	33,7	
2005	6,2	34,5	2005	55,8	60,0	51,7	n.a.	34,7	2005	10,1	10,3	9,8	22,3	
2008f	6,4	38,5	2007	61,7	66,0	57,6	n.a.	42,6	2007	6,9	6,5	7,3	15,1	
* Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; ** GDP per capita in PPS (EU27=100); f: forecast														
2. Demography and health														
Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality rate (2007 instead of 2006)	WHO - OECD	Total health exp %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	EU-SILC	Unmet need for health care % of pop	
	Male	Female	Male	Female	Male	Female								
1995	67,1	74,6	12,5	15,2	n.a.	n.a.	14,8	1995	n.a.	n.a.	n.a.	-	-	
2000	68,4	75,1	12,8	15,4	n.a.	n.a.	13,3	2000	6,2	58,7	40,9	2005	n.a.	
2006	69,2	76,3	13,2	16,3	n.a.	n.a.	9,7	2006**	7,7	60,6	38,0	2006	n.a.	
s: Eurostat estimate; p: provisional *THE: Total Health Expenditures; ** 2005 instead of 2006														
3. Expenditure and sustainability														
Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits								Age-related projection of expenditure (AWG)						
Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability	EPC-AWG	(2008) Old age dependency ratio Eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since 2004				
										Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care	
1995	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2004	25,0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
2000	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2010	25,3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
2006	15,0	52,9	26,0	2,2	7,4	2,5	9,1	2030	36,3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
* including administrative costs														
2050														
55,4														
n.a.														
n.a.														
4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)														
At-risk-of-poverty rate				Poverty risk gap					Income inequalities		Anchored at-risk of poverty			
SILC 2007	Total	Children 0-17	18-64	65+	Total	Children 0-17	18-64	65+	S80/S20	Total - fixed 2005 threshold				
Total	14	16	12	18	18	22	18	14	3,9	2005			14	
Male	12	-	12	9	18	-	19	8	-	2006			n.a.	
Female	16	-	12	24	17	-	18	16	-	2007			n.a.	
People living in jobless households				Long Term unemployment rate					Early school-leavers					
Children		% of people aged 18-59*			% of people aged 15-64					% of people aged 18-24				
Total	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female		
2001	19	17,3	16,8	17,8	2000	9,4	9,6	9,2	2000	n.a.	n.a.	n.a.		
2004	15,6	13,7	13,2	14,2	2004	7,2	7,3	7	2004	21,4	20,7	22,1		
2007	12,8	10,2	10,1	10,3	2007	4,1	3,7	4,5	2007	16,6	16,9	16,3		
*: excluding students; i: change in methodology; b: break in series														
SILC 2007				SILC 2007					SILC 2007					
Relative income of 65+	Total	Male	Female	Aggregate replacement ratio					Total	Male	Female			
	n.a.	n.a.	n.a.						n.a.	n.a.	n.a.			
Change in theoretical replacement rates (2006-2046) - source ISG														
Change in TRR in percentage points (2006-2046)								Assumptions						
Net		Gross replacement rate					Coverage rate (%)		Contribution rates					
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions	Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions			Assumption		
									Estimate of current (2002)					
15	15	15	DB/DC	/	-	n.a.	/	n.a.	/			-		
* (DB: Defined Benefits; NDC: Notional Defined Contributions; DC: Defined Contributions); ** (DB/DC)														