

POLITICA SOCIALĂ A SUEDEI UN IDEAL ?

În ultimii ani, succesul politicii sociale a Suediei a devenit o realitate de necontestat, ceea ce justifică interesul tot mai mare acordat cunoașterii în detaliu a principiilor și programelor adoptate în acest domeniu.

Această investigație necesită ca punct de plecare evidențierea realităților concrete din această țară. Suedia este o țară puternic industrializată, cu un nivel de trai ridicat și un grad înalt de realizare a echității sociale; ea se numără printre țările cu un ritm constant de dezvoltare economică, dezvoltare înfăptuită pe calea democrației.

Comparativ cu celelalte țări dezvoltate economic, Suedia se caracterizează prin cea mai importantă intervenție a statului în domeniul politicii sociale. Aici, sectorul de stat are o sferă de cuprindere foarte largă; acesta include, printre altele, sistemul de educație și învățământ, problemele sănătății și îngrijirii medicale, serviciile sociale, asigurarea socială națională, asigurarea condițiilor de locuit și aprovizionarea cu energie, transportul, sistemul de corecție, serviciile poștale, telegrafice și telefonice. De asemenea, deține o pondere însemnată în domeniul artelor și activităților destinate timpului liber.

Aplicarea în practică a politicii guvernului, precum și urmărirea efectelor acesteia revine, pe de o parte, unui număr de circa 80 de agenții centrale guvernamentale, relativ independente și, pe de altă parte, autorităților administrative ale prefecturilor celor 24 de regiuni. Fiecare regiune dispune, în același timp, de un consiliu general, ales de popor, care are puterea să perceapă impozitele pe venit și are în subordine serviciile medicale și sanitare. Regiunile sînt împărțite, la rîndul lor, în 284 de municipalități, fiecare condusă de către un consiliu ales de populație. Acesta percepe impozitele pe venit și răspunde de activitatea sectorului de servicii sociale: școli, asistență pentru copii, vîrstnici și invalizi, activități culturale și distractive.

Comitetul Național pentru Sănătate și Bunăstare reprezintă agenția centrală guvernamentală cu sarcini de planificare, control, coordonare și urmărire a următoarelor activități:

- servicii sociale*
- servicii medicale și sanitare*
- servicii stomatologice*
- aprovizionare cu medicamente*
- menținerea stării de sănătate a populației*
- îngrijirea persoanelor invalide*
- soluționarea problemelor rezultate din abuzul de alcool, consumul de droguri și de alte substanțe dăunătoare.*

Este de menționat faptul că, numai în anul 1985, întregul cost al politicii sociale a fost de 270 miliarde coroane suedeze *) (1 coroană = 0,19\$). Această sumă este suportată de agențiile centrale guvernamentale (mai mult de o pătrime), de consiliile municipale și regionale, precum și de către patroni (prin intermediul Asigurării Sociale Naționale). Posibilitatea acestei finanțări se datorează, în primul rând, principalelor surse de formare a bugetului statului :

— taxa asupra valorii adăugate (pînă la 23,5% din prețul celor mai multe bunuri și servicii) ;

— impozitul asupra veniturilor și capitalului (impozit progresiv) ;

— contribuția obligatorie a patronilor la Asigurarea Socială Națională ;

— taxe speciale asupra anumitor mărfuri (tutun, alcool etc.)

Începutul implementării actualelor programe de politică socială a avut loc în anii 1930, odată cu apariția efectelor marii depresiuni economice ; comparativ cu procesul de industrializare, instaurat în Suedia la mijlocul secolului XIX, politica socială este un fenomen relativ recent, care, totuși, a înregistrat succese remarcabile în ultimele trei decenii.

— Politica socială din Suedia se poate defini, în general, prin măsurile adoptate de guvern în vederea asigurării bunăstării sociale.

Bunăstarea socială reprezintă un concept totalizator care conturează ansamblul condițiilor de viață ale individului sau grupului social. Pentru aceasta se iau în considerare interacțiunile dintre sectorul de stat și cel privat, dintre producție și consum, dintre timpul de muncă și timpul liber, dintre contribuția fiecărui individ la averea națională și partea redistribuită acestuia.

Practic, bunăstarea socială include toate domeniile în care sînt necesare eforturi colective : sistemul educațional și ocuparea forței de muncă, securitatea economică, condițiile de locuit și viața de familie, diferitele tipuri de asistență socială, cultura și activitățile destinate timpului liber.

În vederea maximizării bunăstării sociale, programele politicii sociale au în vedere realizarea a două mari obiective : pe de o parte, asigurarea unui nivel de trai acceptabil pentru întreaga populație a țării, iar pe de altă parte reducerea progresivă a inegalităților din condițiile de viață prezente atît la nivelul claselor și grupurilor sociale, cît și în cadrul diferitelor etape și circumstanțe ale unei vieți de durată normală. De aceea, politica socială nu este orientată numai spre segmentele defavorizate ci, spre întreaga comunitate suedeză, privită ca întreg.

Bunăstarea socială este bazată pe muncă. De aceea, pe primul plan se situează preocupările și eforturile depuse privind ocuparea deplină a forței de muncă. Pe termen lung impactul acestora se materializează în contracararea tendinței de eliminare de pe piața forței de muncă a populației situate la extremele de vîrstă activă (tineri și vîrstnici) precum și a populației cu diferite grade de invaliditate. Totodată, se creează o pia-

*) Report from The Național Board of Health and Welfare, Stockholm, 1986.

țu a muncii accesibilă unui număr din ce în ce mai mare de persoane. Obstacolele existente se reduc treptat pînă la dispariția lor completă, cerințele acestei piețe fiind adaptate la capacitățile umane.

În prezent, șomajul în Suedia reprezintă mai puțin de 3%, ceea ce raportat la media internațională evidențiază nivelul scăzut al acestui fenomen; acest procent variază în interiorul țării, fiind mai înalt în anumite zone, precum și în cadrul anumitor grupuri sociale. De aceea, întreprinderile ce intenționează să-și deschidă filiale în zonele cu o rată înaltă a șomajului primesc ajutor financiar. De asemenea, tinerii între 18 și 19 ani au dreptul legal de a fi angajați, avînd asigurat cel puțin jumătate din timpul normal de muncă (în Suedia, săptămîna normală de lucru este de 40 de ore, iar concediul legal de odihnă este de 5 săptămîni). În acest scop, dacă oferta de pe piața liberă a muncii nu acoperă acest necesar, pentru acești tineri, ca de altfel și pentru persoanele invalide, sînt special create locuri de muncă, iar patronii sînt compensați prin subsidii guvernamentale.

La baza pregătirii forței de muncă se află sistemul de învățămînt și educație. Începînd cu cel de-al II-lea război mondial, în Suedia au fost realizate o serie de reforme în domeniul educației și învățămîntului, cuprinzînd practic toate treptele acestui sistem. Rezultatul constă în accesul tuturor cetățenilor, fără excepție, la sistemul de educație și învățămînt. Învățămîntul obligatoriu are o durată de 9 ani și cuprinde toți copiii, începînd cu vîrsta de 7 ani. Aproximativ 80% urmează apoi cel puțin timp de doi ani școala secundară, alegînd una din numeroasele secții cu orientări practice sau teoretice. Școlile sînt administrate de municipalități care asigură gratuitatea învățămîntului, a manualelor și a meselor servite la școală.

Mai mult de un sfert din numărul elevilor ce încheie studiile secundare frecventează apoi o școală superioară sau intră la una din cele șase universități ale Suediei, toate girate de stat, avînd învățămîntul gratuit. Cei care posedă o experiență profesională beneficiază de liberalizarea condițiilor de admitere.

Asociații de educare pentru adulți, particulare sau cu alocații de stat, organizează cercuri de studii, perfecționare și recalificare profesională pentru aproximativ 3 milioane de cursanți pe an.

În prezent, coordonatele esențiale ale politicii sociale sînt reprezentate de :

- Asigurarea Socială Națională
- Menținerea și îngrijirea sănătății
- Serviciile sociale
- Bunăstarea familiei

Cadrul Asigurării Sociale Naționale include întreaga populație rezidentă, orice persoană cu domiciliul sau reședința în Suedia fiind automat înregistrată, din luna în care împlinește 16 ani, la un oficiu regional de asigurare socială. Această asigurare garantează securitatea financiară a familiilor cu copii, vîrstnicilor, bolnavilor și persoanelor invalide:

În ceea ce privește asigurarea pentru șomaj, de regulă, aceasta se realizează prin intermediul sindicatelor, având ca sursă de finanțare contribuțiile angajaților înșiși, asigurarea națională suportând o parte din sume numai în anumite condiții.

Un prim domeniu de acțiune îl reprezintă alocațiile pentru familiile cu copii. Astfel, pentru fiecare copil în parte, familia primește lunar o anumită sumă. De asemenea, se mai acordă o alocație, stabilită la 90% din salariul unuia dintre părinți (fie mama, fie tatăl), pe întreaga perioadă în care acesta își întrerupe activitatea în scopul creșterii copilului până la vârsta de un an sau în scopul îngrijirii copilului bolnav de până la 12 ani, iar în cazul copiilor handicapați, de până la 16 ani. Aceeași sumă se plătește tatălui și în cazul în care mama este internată pentru nașterea altui copil (tatăl ocupându-se de ceilalți copii). De asemenea, la nașterea fiecărui copil al său, tatăl poate beneficia de un concediu plătit (tot 90% din salariu), timp de 10 zile; mama beneficiază de această sumă cu o lună înaintea nașterii.

În domeniul pensiilor, acest cadru asigură securitatea financiară în mai multe cazuri: pensionarea înainte de limită (datorită bolii sau invalidității, vârsta-limită fiind de 65 de ani), pensionarea la limită de vârstă (limită variabilă între 65 și 70 de ani), pensii pentru soțul rămas văduv (până în momentul recăsătoririi), pensii de urmaș acordate copiilor sub 18 ani, în cazul decesului unuia sau ambilor părinți.

Alocația de boală reprezintă compensația pentru venitul pierdut datorită incapacității temporare de muncă rezultată pe parcursul și în urma îmbolnăvirii; aceasta se ridică la 90% din venitul normal al persoanei, dar este supusă impozitului, ca oricare altă formă de venit.

Alte beneficii includ pensii parțiale, alocații pentru accidente de muncă precum și alocații pentru perioadele de perfecționare în muncă.

Cea mai mare parte a Asigurării Sociale Naționale este suportată de către patroni prin contribuția pe care o plătesc pentru fiecare angajat; restul se suportă din bugetul statului.

Menținerea și îngrijirea sănătății în Suedia se bazează pe principiul existenței unei largi game de servicii destinate prevenirii îmbolnăvirilor precum și, în cazul apariției acestora, asigurării tratamentelor necesare și adecvate. Aceste servicii se află în subordinea consiliilor regionale.

Sectorul privat din domeniul medicinei este foarte restrâns; există numai câteva spitale de acest tip, iar mai puțin de 5% din numărul medicilor își desfășoară activitatea în acest sector. Dar, și în aceste condiții, pacientul suportă aceeași taxă, diferența fiind suportată de către Asigurarea Socială Națională.

Serviciile medicale sînt prezente atît în timpul internării bolnavilor, cît și pe timpul tratamentului ambulatoriu. Actuala tendință se manifestă prin descentralizarea tratamentelor și organizarea de facilități de tratare a bolilor în afara spitalelor.

În activitatea Comitetului Național pentru Sănătate și a consiliilor regionale un loc important îl ocupă prevenirea îmbolnăvirilor și a ac-

cidentelor. Pentru aceasta se utilizează indicatori statistici care evidențiază corelații între stilul de viață și sănătate, precum și informații adresate maselor largi, privind subiecte ca : regim, exerciții fizice, fumat etc.

În acest sens un accent deosebit se pune pe combaterea abuzului de alcool (menținerea consumului între anumite limite bine definite), precum și pe combaterea consumului de substanțe narcotice (droguri), cu excepția cantităților prescrise de medic în scopul tratării anumitor afecțiuni. Pentru atingerea acestui țel se au în vedere măsuri ce acționează concomitent pe trei căi : restrângerea mijloacelor de acces la consumul acestora, informarea populației asupra efectelor dăunătoare rezultate în urma consumului sau abuzului și suportul acordat celor ce resimt aceste efecte.

Accesul la consumul de alcool este controlat prin taxa asupra băuturilor alcoolice comerciale, acordarea dreptului de comercializare numai magazinelor de stat specializate, interzicerea vânzării lor persoanelor sub 20 de ani și obligativitatea restaurantelor de a obține un permis pentru a servi astfel de băuturi.

Informarea asupra efectelor dăunătoare se face mai ales în școli și în mediile frecventate cu precădere de tineri.

Comitetul Național pentru Sănătate are responsabilitatea de a ajuta persoanele ce resimt efectele dăunătoare ale acestor băuturi și substanțe, prin suportarea costului tratamentului efectuat în centre speciale. În anumite cazuri (reglementate prin „Actul privind îngrijirea alcoolicilor și narcomanilor“), acest tratament devine obligatoriu pe o perioadă de maximum 6 luni, iar dacă individul se opune acestuia, el este internat prin sentință judecătorească (în anul 1987, circa 1300 de persoane*) au fost astfel internate.

Viitoarele mame beneficiază de controale medicale regulate și de informații cu privire la spitalul-maternitate de care aparțin. Există, de asemenea, o rețea de centre pentru menținerea stării de sănătate a copiilor preșcolari, centre ce asigură o supraveghere continuă a acestora de către medici (interniști, psihiatri, stomatologi).

O altă latură a activității acestor centre rezidă în furnizarea de informații și ajutor părinților tineri, aceștia nemaifiind obligați să apeleze la părinții lor sau la alte cunoștințe.

Toate aceste servicii sînt gratuite.

Serviciile care asigură informații asupra planificării familiei reprezintă un alt sprijin și principala lor sarcină constă în ajutorul acordat populației pentru evitarea sarcinilor nedorite.

În ceea ce privește asistența stomatologică, aceasta este gratuită pentru copii pînă la vîrsta majoratului ; adulții suportă o parte din costul acesteia, restul fiind acoperit de Asigurarea Socială Națională.

Principalele obiective ale serviciilor sociale constau în asigurarea securității sociale și financiare, a egalității condițiilor de viață și a participării active a întregii populații la viața comunității. Pentru îndeplinirea acestora, activitatea serviciilor are la bază viziunea holistă, principiul normalizării, al continuității, al flexibilității și al concentrării locale.

*)Demographic Yearbook, Washington, ONU, 1987, p. 172—182.

Viziunea holistă reprezintă percepția individului împreună cu întreaga sa situație de viață (muncă, timp liber, locuință, relații personale). Aceasta duce la reliefarea modului în care problemele individului sînt determinate de condițiile de viață sau de evenimentele anterioare petrecute în viața sa și, implicat, la soluționarea optimă a acestora.

Normalizarea se regăsește în sprijinul acordat individului de către serviciile sociale în vederea desfășurării unei vieți normale, pe cît posibil. De exemplu, persoanele în vîrstă sau invalide au nevoie de anumite condiții și asistență pentru a putea duce o existență independentă. Aceasta, deoarece scopul politicii sociale în domeniul acestor grupuri sociale rezidă în participarea acestora la viața societății în aceeași măsură ca și a celorlalte grupuri. Un handicap nu este privit ca o caracteristică a individului, ci ca o relație între el și mediul înconjurător. De aceea, toate întreprinderile din Suedia, de stat sau private, au obligația de a-și organiza activitățile astfel încît acestea să fie accesibile tuturor — inclusiv grupurilor defavorizate — prevenind transformarea unei invalidități într-un handicap.

Rolul serviciilor sociale rezidă în asigurarea de facilități pentru astfel de grupuri sociale, facilități precum transportul, ajutorul casnic și asistența la cerere.

Continuitatea se referă la menținerea contactelor dintre un asistent social și pacienții săi.

Flexibilitatea reprezintă un mod dinamic de a aborda această relație; serviciile și facilitățile acordate sînt continuu adaptate la necesitățile clientului. Aceste facilități sînt rezultatul căutării celor mai bune soluții, căutare realizată de asistentul social împreună cu pacientul său.

Serviciile acordate în cadrul instituțiilor specializate vor trebui să asigure vecinătatea cu locul de muncă sau locuința pacientului, aceasta fiind esența principiului de concentrare locală. De exemplu, dacă o persoană este nevoită să petreacă un anumit timp într-o astfel de instituție (spital), plasarea acesteia trebuie să se afle în vecinătatea locuinței pacientului pentru menținerea contactului cu familia, prietenii etc. Bineînțeles, există derogări de la acest principiu în cazurile în care tratamentul adecvat necesită o instituție anume, aceasta neputînd exista în vecinătatea locuinței pacientului.

De menționat faptul că, în anul 1986, 93% din activitatea serviciilor sociale*) era destinată supravegherii zilnice a copiilor (grădinițe și centre școlare de recreare), a persoanelor în vîrstă și a celor invalide.

În afară de supravegherea zilnică a copiilor, îngrijirea sănătății lor și a viitoarelor mame, bunăstarea familiei mai prevede alocații pentru locuințelor familiilor cu copii, învățămîntul gratuit, manuale și rechizite gratuite, precum și mese gratuite pentru elevii de toate vîrstele, servite în cadrul instituțiilor de învățămînt.

*) Report from The National Board of Health and Welfare, Stockholm, 1987.

Efectele opțiunilor din sfera socială nu au întârziat să apară. Astfel, Suedia se află pe primele locuri în ierarhia mondială în ceea ce privește durate medii a vieții: aproximativ 73 ani la bărbați și 79 ani la femei. De asemenea, populația prezintă o stare de sănătate foarte bună, iar, în marea majoritate, tratamentele aplicate bolnavilor sînt eficiente. Acest fapt este demonstrat și de incidența principalelor boli asupra cazurilor de deces (100.000 persoane).

În anul 1986 situația se prezenta astfel *):

— tuberculoza	— 0,8	— cea mai scăzută din Europa, după Olanda și Norvegia ;
— boli ale aparatului digestiv	— 17,7	— cea mai scăzută din Europa ;
— boli respiratorii cronice obstructive	— 13,6	— cea mai scăzută din Europa, după Grecia ;
— tumori	— 146,2	— cea mai scăzută din Europa ;
— boli ale aparatului genito-urinar	— 9,5	— cea mai scăzută din Europa, după Elveția ;
— boli ale aparatului circulator	— 377,0	— cea mai scăzută din Europa, după Olanda ;
— cauze ale mortalității perinatale	— 1,7	— cea mai scăzută din Europa ;
— anomalii congenitale	— 2,7	— cea mai scăzută din Europa, după Republica Democrată Germană ;
— complicații ale sarcinii, nașterii și lăuziei	— 0	— cea mai scăzută din Europa.

O problemă nerezolvată, încă, rămîne comportamentul demografic (procent de natalitate foarte scăzut), ce determină în continuare o îmbătrînire accelerată a populației. Totuși, există noi programe aplicabile din 1991, orientate spre o întrajutorare și mai accentuată a familiilor cu copii.

În mod cert, modelul de politică socială din Suedia nu se poate translata în alte țări, datorită condițiilor concrete atît de diferite ; cu siguranță, însă, prezentarea lui pune în lumină o serie de probleme și principii de abordare a acestora menite să constituie puncte de plecare în realizarea unui nou cadru de dezvoltare a societății românești.

MIHAELA GRADU

*) Calculat pe baza datelor din :

— *World Health Statistics*, Geneva, OMS, 1988, p. 212-364.